

Anja-Riitta Hokajärvi, Minna Meriluoto, Leena Salimäki-Oinas

## Kuinka tukea fysioterapia-asiakasta omatoimissa terapeuttisessa harjoittelussa?

Kartoitus motivointikeinoista ja viestintäteknologian käytöstä motivoinnin tukena

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti AMK

Fysioterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

1.10.2013

Tekijät Otsikko	Anja-Riitta Hokajärvi, Minna Meriluoto, Leena Salimäki-Oinas Kuinka tukea fysioterapia-asiakasta omatoimisessa terapeuttisessa harjoittelussa? – Kartoituss motivointikeinoista ja viestintäteknologian käytöstä motivoinnin tukena
Sivumäärä Aika	65 sivua + 2 liitettä Syksy 2013
Tutkinto	Fysioterapeutti AMK
Koulutusohjelma	Fysioterapia
Ohjaajat	Fysioterapian lehtori Ulla Härkönen Fysioterapian lehtori Sirkka-Liisa Kolehmainen
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa fysioterapeutin keinoja työikäisen asiakkaan motivoimisessa omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun. Olimme kiinnostuneita myös selvittämään, ovatko fysioterapeutit käyttäneet viestintäteknologiaa harjoittelun tukena ja mitä mahdollisuuksia viestintäteknologia voisi tarjota motivointikeinojen toteuttamiseen.</p> <p>Fysioterapeutin valvonnassa tehtävän terapeuttisen harjoittelun rinnalla korostuu yhä enenevässä määrin omatoimisen terapeuttisen harjoittelun merkitys. Fysioterapeutin keskeinen tehtävä on vaikuttaa ohjauksellaan asiakkaan harjoittelumotivaation syntyyn ja säilymiseen esimerkiksi asiakkaan pystyvyyden tunnetta edistämällä.</p> <p>Haastattelimme työtämme varten terveystalvija tuottavassa Diacorissa työskenteleviä fysioterapeutteja. Pyrimme selvittämään, mitä keinoja fysioterapeutit käyttävät työikäisten asiakkaidensa motivoimisessa omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun ja miten toimiviksi he ovat ne kokeneet. Selvitimme myös heidän kokemuksiaan ja kiinnostustaan koskien viestintäteknologian hyödyntämistä asiakkaan motivoimisessa.</p> <p>Haastattelujen perusteella etenkin fysioterapiaprosessin alussa korostui asiakkaan kuunteleminen, tiedon antaminen ja asiakkaan oman motivaation tukeminen. Erityisesti harjoittelua suunniteltaessa panostettiin yksilöllisyyteen: fysioterapeutti selvitti asiakkaalle mieluisan tavan tehdä harjoitteita, huomioi asiakkaan valmiuden ja mahdollisuuden harjoitella sekä pyrki laatimaan asiakaskohtaisesti räätälöityä harjoitusohjeita. Parhaiten toimiviksi motivointikeinoiksi haastateltavat mainitsivat asiakkaan arkeen siirrettävissä olevat, riittävän vähäiset ja helpot harjoitteet, selkeät ohjeet sekä aidon läsnäolon ja asiakkaan kohtaamisen fysioterapiatilanteessa. Viestintäteknologian hyödyntäminen oli haastateltaville melko vierasta. He suhtautuivat kuitenkin myönteisesti viestintäteknologian käyttöön henkilökohtaisten tapaamisten lisänä.</p> <p>Henkilökohtaisilla tapaamisilla on keskeinen rooli vaikuttavaan fysioterapiaan tähdättäessä. Haastattelujen perusteella syntyi käsitys, että harjoitteluvaiikutusten seurantaan ja lisätuen antamiseen ei panostettu riittävästi. Tällä alueella näemmekin nykyiäikaisen viestintäteknologian käytölle hyvät edellytykset. Vaikka viestintäteknologiaa ei vielä osata hyödyntää työikäisten omatoimisen harjoittelun tukena, monipuoliset teknologiaratkaisut antavat uskoa fysioterapian ja teknologian yhdistymisestä sekä etäkuntoutuksen käytöstä tulevaisuudessa.</p>	
Avainsanat	terapeuttinen harjoittelu, motivaatio, viestintäteknologia

Authors Title	Anja-Riitta Hokajärvi, Minna Meriluoto, Leena Salimäki-Oinas How to Support Physiotherapy Customer in Home-based Therapeutic Exercise? – Survey of Strategies to Improve Adherence and Utilization of Communication Technology
Number of Pages Date	65 pages + 2 appendices Autumn 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Instructors	Ulla Härkönen, Senior Lecturer of Physiotherapy Sirkka-Liisa Kolehmainen, Senior Lecturer of Physiotherapy
<p>The purpose of our thesis was to find out strategies physiotherapists have when motivating working-age customers to complete prescribed home exercises. We also wanted to figure out if physiotherapists use communication technology to support adherence and what kind of opportunities modern technology can offer to support motivation strategies.</p> <p>In addition to supervised exercises, self-managed exercises have become increasingly important. Physiotherapists' essential mission is to raise and maintain customer's motivation and adherence, for example by encouraging their self-efficacy.</p> <p>We interviewed physiotherapists working for Diacor to find out methods they use in motivating their working-age customers in their independent, home-based exercise programmes. We also inquired the effectiveness of these methods and the physiotherapists' experiences and interest in utilization of communication technology when supporting exercise adherence.</p> <p>As a result we discovered that particularly in the beginning of the physiotherapy process three issues were highlighted: attentive listening to customer's needs, providing information and supporting motivation arising from customer's own interests. Individuality was emphasized especially when an exercising programme was planned. Physiotherapists investigated the most appropriate way for a customer to complete the exercises and took customer's readiness and training opportunities into consideration. They also tried to compose individually tailored exercising instructions. ADL-integrated exercises, the restriction of the amount of exercises and their simplicity as well as clear instructions and rapport were mentioned when the best ways of motivating customers were considered. Utilization of communication technology was rather unfamiliar to the interviewees. They still had a positive attitude toward using it in addition to face-to-face appointments.</p> <p>Face-to-face appointments play a crucial role when aiming at efficient physiotherapy. Based on our interviews we got the impression that therapists insufficiently monitor the effects of exercising or give additional support. This is the area in which we see good opportunities of using modern communication technology. Although home-based therapeutic exercise supported by communication technology is now rarely used, we believe that diverse modern technological solutions make it possible to combine physiotherapy and technology and also utilize telerehabilitation in the future.</p>	
Keywords	therapeutic exercise, adherence, communication technology

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tavoite	4
3	Omatoiminen terapeuttinen harjoittelu ja sen asema fysioterapiassa	5
3.1	Terapeuttinen harjoittelu	5
3.2	Omatoiminen terapeuttinen harjoittelu	6
4	Motivaatio toiminnan ohjaajana	8
4.1	Motivaation moniulotteisuus	8
4.2	Motivaation määräytyminen ja ilmeneminen	9
4.3	Selviytymisodotusten ja pystyvyyden merkitys tavoitteeseen motivoitumisessa	10
5	Fysioterapia-asiakkaan omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun motivointi ja harjoitteluun sitoutuminen	12
5.1	Ohjaukseen liittyvät keinot	12
5.2	Harjoitteiden sisällön merkitys	15
5.3	Harjoitteluolosuhteiden huomioon ottaminen	16
5.4	Sisäiset tekijät käyttäytymistieteellisten teorioiden valossa	17
5.4.1	Valmiustason huomioiminen ohjauksessa – transteoreettinen malli	18
5.4.2	Aikomuksen ja toiminnan erottaminen – terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessinäkökulma	20
6	Viestintäteknologian tuomat mahdollisuudet omatoimiseen harjoitteluun	25
6.1	Viestintäteknologia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä	25
6.2	Etäkuntoutus - viestintäteknologia osana perinteistä fysioterapia- ja kuntoutuspalvelua	27
6.3	Harjoittelun ohjauksessa käytettyjä teknologiaratkaisuja	29
6.3.1	Videoneuvottelu	29
6.3.2	Mobiiliteknologia	31
6.3.3	Virtuaalitekniikka	32
7	Opinnäytetyön menetelmät	33
7.1	Työelämäyhteistyökumppanin kuvaus	33
7.2	Tutkimusaineiston kerääminen	33
7.3	Tutkimusaineiston analysointi	34

8	Tulokset	35
8.1	Käytössä olevat motivointikeinot	35
8.2	Motivointikeinojen toimivuus ja motivoinnin haasteita	47
8.3	Viestintäteknologian käyttö fysioterapiassa	48
8.4	Tulosten yhteenveto	50
9	Katsaus tulevaisuuden näkymiin	53
9.1	Viestintäteknologia tukemaan harjoittelumotivaatiota – hahmotelma eFysioterapiapalvelusta	53
9.2	Etäkuntoutuksen haasteet	55
10	Pohdinta	56
	Lähteet	60

## **Liitteet**

Liite 1. Haastattelurunko

Liite 2. Tutkimuksen esittely haastateltaville ja tutkimussuostumus

## 1 Johdanto

Noin kolmasosalla työväestöstä on pitkäaikaisia tai toistuvasti työhön liittyviä oireita. Sairauspoissaolot ja niistä koituvat kustannukset ovat kasvaneet 1990-luvun alkupuolelta lukien. Tuki- ja liikuntaelimestön (TULE) sairaudet ovat mielenterveydellisten syiden lisäksi suurimmat sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyden aiheuttajat (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010/2: 5). Työelämän laadullisten muutosten lisäksi myös työväestön ikääntyminen on kasvattanut sairastavuuden ja ennenaikaisen eläköitymisen riskiä. Työvoiman ikärakenteen muuttumisen myötä paineet työurien pidentämiseksi ja käyttökelpoisten ratkaisukeinojen löytämiseksi työkykyisyyden säilyttämiseen ovat kasvaneet.

Edellä mainittu kehityskulku on nähtävissä myös työikäisten fysioterapia-asiakkaiden ikärakenteessa, sairastavuudessa ja siitä koituvissa kustannuksissa. Fysioterapeutin antaman hoidon ja hänen valvonnassaan tehtävän terapeuttisen harjoittelun rinnalla korostuu yhä enenevässä määrin omatoimisen terapeuttisen harjoittelun merkitys vaivoja ennaltaehkäisevänä ja lievittävänä hoitomuotona. Tämä on samalla kasvattanut asiakkaan omaa vastuuta kuntoutumisestaan ja sitonut toipumisennusteen yhä kiinteämmin yhteen asiakkaan kotiharjoitteiden suorittamisen kanssa. Tämä on käytännössä tarkoittanut sitä, että valtaosa asiakkaan kuntoutumiseen tähtäävistä toimenpiteistä tapahtuu vastaanottoaikojen ulkopuolella, asiakkaan omalla ajalla ja omasta aloitteesta. Koska vain tehdyt harjoitteet auttavat, on asiakkaalta löydyttävä harjoittelun aloittamiseen ja läpiviemiseen tarvittava motivaatio.

Terapeuttisen harjoittelun teho perustuu usein pieniin, paljon toistoja vaativiin liikkeisiin, joita on tehtävä säännönmukaisesti pitkän ajanjakson kuluessa. Tällaisessa, paikoin hyvin yksitoikkoisessa ja rutiininomaisessa tekemisessä, motivaatio joutuu herkästi koetukselle. Motivaation viriäminen ja riittävän pitkäaikainen ylläpitäminen ovat kuitenkin kiistattoman tärkeitä harjoittelun vaikuttavuuden ja sitä kautta koko fysioterapian onnistumisen näkökulmasta. Millä tavoin fysioterapeutit huomioivat tämän, käsityksemme mukaan usein kompastuskiveksi muodostuvan motivoimisen asiakastyössään? Millaisia tekijöitä he painottavat omassa ohjaustyössään? Millaisin menetelmin fysioterapeutit pyrkivät motivoimaan asiakasta omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun ja miten he ovat kokeneet eri menetelmien toimivuuden?

Edellä mainittuja kysymyksiä on fysioterapian kentällä tutkittu toistaiseksi suhteellisen vähän. Suuri osa tutkimuksista ja muun muassa fysioterapian alueen opinnäytetöistä on keskittynyt tutkimaan terapeuttisen harjoittelun vaikuttavuutta tiettyyn esim. TULE-ongelmaan. Samoin selvityksiä liikuntainterventioiden vaikuttavuudesta sekä liikuntaan motivoitumisesta ja liikunnallisen elämäntavan omaksumisesta yleisellä tasolla on tehty lukuisia. Sen sijaan olennaisesti vähemmälle huomiolle ovat jääneet ne keinot, joita fysioterapeutit käyttävät asiakkaansa motivoimiseksi arjessa tapahtuvaan, spesifiseen omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun.

Suomessa työikäisten fysioterapiapalveluissa ei tietääksemme ole vakiintuneessa käytössä olevaa sähköistä, fysioterapian toteuttamiseen luotua olevaa interaktiivista ohjaus- ja seurantamenetelmää. Fysioterapeuteille ja liikunnan-alan ammattilaisille on olemassa sähköisiä verkossa toimivia ohjelmia, lähinnä harjoitusohjelmien tekemisen avuksi, mutta nämä ohjelmat eivät mielestämme hyödynnä nykYTEknologian mahdollistamia ratkaisuja. Hyvinvointiteknologiset käytössä olevat sovellukset painottuvat sen sijaan terveyden ja liikunnallisen aktiivisuuden edistämiseen tai ne ovat kytköksissä diagnostisten apuvälineiden ja seurantalaitteiden käyttöön. Niin ikään kotimaisia tutkimuksia ja artikkeleita viestintäTEKnologian käytöstä omaharjoittelun tukena ja motivoivana elementtinä on löydettävissä niukalti. Kansainväliset viestintäTEKnologian käyttöä sisältävät ja fysioterapia- ja kuntoutuspalvelujen tuottamiseen liittyvät interventiot keskittyivät pääosin tutkimaan käytetyn TEKnologian toimivuutta ja soveltuvuutta erilaisen tuki- ja liikuntaelinvaivojen ja -sairauksien hoidossa etäyhteyttä käytettäessä. Lisäksi osa tutkimuksista toi esille etäkuntoutuksena toteutetun terapian vaikuttavuutta verrattuna perinteiseen kasvokkain tapahtuvaan kuntoutukseen.

Näemme omatoimisen terapeuttisen harjoittelun ja siihen liittyvien motivointikeinojen tarkastelun ajankohtaisena paitsi työikäisen väestön hyvinvoinnin myös TEKnologian kehityksen myötä. Aihealueen ajankohtaisuuden lisäksi sen tulevaisuudennäkymät luovat otollisen pohjan ja perustelut tarkemmalle selvitykselle. TEKnologisen kehityksen mahdollistamat innovaatiot yhdessä yhteiskunnan rakenteellisten muutosten kanssa viittaavat merkittävään, toistaiseksi hyödyntämättömään viestintäTEKnologian käyttöpotentiaaliin. Langattoman TEKnologian kehittyminen on mahdollistanut irtautumisen työpaikalta ja virka-aikaan sidotusta työrytmistä. Työn aika- ja paikkariippumattomuus ovat parantaneet työajan joustoja kohentamalla etätyön mahdollisuuksia ja hälventämällä työ- ja vapaa-ajan välistä rajaa. Työikäisestä väestöstä yhä suurempi osa on tottunut käyttämään sähköisiä palveluita ja viestintämenetelmiä, joten kynnys sähköisen työka-

lun käyttöön sekä asiakkaiden että fysioterapeuttien keskuudessa voidaan olettaa olevan aiempaa matalampi.

Oma kiinnostuksemme aiheeseen kumpuaa omista ammatillisista taustoistamme, joiden erilaisuuden ideoimamme aihe kokoaa osuvasti yhteen. Työryhmämme jäsenten aiempi koulutus tietotekniikasta sekä viestintä- ja käyttäytymistieteistä tulee näin huomioiduksi ja hyödynnetyksi saman tutkimusaiheen alla. Meille opinnäytetyön tekijöille aihe on merkittävä motivoinnin merkitykseen ja periaatteisiin syventymisen, erilaisten teknologisten mahdollisuuksien kartoittamisen ja käytännön työssä käytössä oleviin ohjaus- ja motivointimenetelmiin perehtymisen myötä. Jokainen edellä mainituista tavoitteista auttaa meitä myös kehittämään lähemmäs oman ammattialueemme asiantuntemustamme.



## 2 Opinnäytetyön tavoite

Opinnäytetyömme keskeisin kysymys liittyy fysioterapeutin asiakkaaseensa suuntaamiin motivointikeinoihin. Kartoitimme työssämme millaisia keinoja fysioterapeutit käyttävät työikäisten omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun motivoinnissa ja miten toimiviksi he ovat ne kokeneet. Ensimmäisenä alakysymyksenä selvitimme fysioterapeuttien kokemuksia sekä kiinnostusta sähköisten sovellusten hyödyntämiseen asiakkaan motivoimisessa omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun. Toisena alakysymyksenä kartoitimme fysioterapeuttien näkemyksiä siitä, millainen käyttökelpoinen sähköinen palvelu olisi sisällöltään.

Työmme tavoitteena oli, että kartoituksessa ja haastatteluissa saamaamme tietoa voidaan käyttää fysioterapeuttien toiminnan kehittämisessä sekä sähköisten palvelujen tuomien mahdollisuuksien arvioinnissa. Toivomme, että työelämän yhteistyökumppanille tarjoutuu työmme kautta mahdollisuus saada ajankohtaista ja jäsentynyttä tietoa fysioterapeuttien käyttämisestä motivointikeinoista sekä nykyaikaisen viestintäteknologian mahdollisuuksista motivoinnin tukena. Haastattelemillemme fysioterapeuteille työmme anti voi parhaimmillaan näyttäytyä ainutkertaisena tilaisuutena omien toimintatapojensa tarkasteluun ja kehittämiseen.

Opinnäytetyömme tutkimusryhmä koostui ammatinharjoittajina työskentelevistä fysioterapeuteista ja työfysioterapeuteista. Haastattelemamme fysioterapeutit työskentelivät suomalaisessa terveys- ja hyvinvointipalveluita tarjoavassa yrityksessä, Diacorissa.

### **3 Omatoiminen terapeuttinen harjoittelu ja sen asema fysioterapiassa**

Tässä luvussa käymme läpi omatoimisen terapeuttisen harjoittelun määritelmää, sen tunnuspiirteitä sekä roolia fysioterapeuttisten hoitomuotojen kentässä ja fysioterapia-prosessissa.

#### **3.1 Terapeuttinen harjoittelu**

Fysioterapian menetelmien kenttään kuuluvat terapeuttisen harjoittelun lisäksi manuaaliset tekniikat ja fysikaaliset hoidot sekä näiden yhdistelmät. Fysioterapiainterventiona voidaan pitää myös ohjausta ja neuvontaa sekä koordinoitua, kommunikointia ja dokumentointia liittyen esimerkiksi hoitokokouksiin ja kotiutussuunnitelmiin. Harjoitteluterapia on yleisimmin käytetty fysioterapian menetelmä ja sen tulisi kuulua jossain määrin kaikkien fysioterapian asiakkaiden hoitoon. (Talvitie ym. 2006: 173, 174; Hall 2011: 23.)

Pöyhönen ja Heinonen määrittelevät terapeuttisella harjoittelulla tarkoitettavan systemaattista hyvin suunniteltua harjoittelua vammojen ehkäisemiseksi tai kuntouttamiseksi (Pöyhönen – Heinonen 2011: 43). Talvitie kumppaneineen tuo esille harjoitteluterapian merkityksen henkilöille, joilla toimintakyvyn ennakoidaan heikentyvän esimerkiksi sairauden vuoksi, jolloin tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen fyysistä suorituskkyä lisäämällä (Talvitie – Karppi – Mansikkamäki 2006: 194). Jos terapeuttinen harjoittelu kohdistuu potilaisiin, joilla on fysioterapeutin määrittämä haitta, vamma tai fyysisen toimintakyvyn rajoite, on harjoittelun tarkoitus palauttaa henkilö kivuttomaan ja toimintakykyiseen tilaan. Kuitenkin fysioterapeutin ohjaama terapeuttinen harjoittelu voi kohdistua myös henkilöön, jolla ei ole diagnosoitu vammaa tai haittaa. Silloin terapeuttinen harjoittelu on liikuntaa, jonka tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. (Pöyhönen – Heinonen 2011: 43.) Tässä työssä rajaamme terapeuttisen harjoittelun koskemaan ensin mainittua joukkoa. Työssämme ei siis tarkastella säännöllistä liikuntaa tai fyysistä aktiivisuutta terapeuttisena harjoitteluna, vaikka niiden merkitys etenkin kansanterveysongelmien ehkäisyssä ja hoidossa on kiistaton.

Terapeuttisen harjoittelun vaikuttavuudesta on tehty lukuisia tutkimuksia eri sairauksien sekä tuki- ja liikuntaelinvaivojen hoidossa. Tutkimusten joukossa on myös työikäisille tyypillisten selkä-, niska- ja olkapääkipujen hoitoon liittyviä tutkimuksia, joissa on todet-

tu vahvaa tai kohtuullista näyttöä terapeutin harjoittelun vaikuttavuudesta. Vaikuttavuutta lisää se, että harjoittelu on intensiivistä ja yksilöllisesti suunniteltua. (Taylor – Dodd – Shields – Bruder 2007: 12–14.)

### 3.2 Omatoiminen terapeutin harjoittelu

Fysioterapiassa korostuu kuntoutujan aktivoiminen ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisestaan (Talvitie ym. 2006: 43–45). Tähän pakottaa jo sekin, että potilaat kotiutetaan entistä aikaisemmin esimerkiksi leikkausten jälkeen, eikä heillä sen jälkeen välttämättä ole kovin montaa tapaamista fysioterapeutin kanssa (Brody 2011: 36).

Omatoiminen harjoittelu on osa itsehoitoa (*self-management*), josta on tullut yhä tärkeämpi etenkin sen myötä, että ihmiset elävät aiempaa pidempään kroonisten sairauksien kanssa. Heidän pitää oppia elämäntavoillaan hallitsemaan oireita ja ehkäisemään komplikaatioita. Terveystien ylläpito ja toimintakyvyn palauttaminen vaativat potilaalle ja läheisillekin suunnattua koulutusta ja neuvontaa, jota myös fysioterapeutti tekee ohjattaessaan potilasta omatoimiseen terapeutin harjoitteluun. (Brody 2011: 36.)

Fysioterapiaprosessissa on tavoitteena, että sekä hyvin huonokuntoiset että hyväkuntoiset – esimerkiksi urheilijat – pystyvät jatkamaan harjoittelua itsenäisesti. Tällöin on tärkeää, että he tietävät valittujen harjoitteiden merkityksen ja ovat motivoituneita harjoittelemaan. Tämä luonnollisesti edellyttää perusteellista arviointia, suunnittelua ja ohjausta. Harjoittelu on tyypillisesti nousujohteista. Muustakin syystä harjoittelua voi olla syytä muuttaa terapiaprosessin aikana esimerkiksi kudosten paranemisprosessin mukaisesti tai harjoittelun vaikuttavuudessa tai ajankäytössä ilmenevien seikkojen vuoksi. Olennaista on, että omatoimisen harjoittelun toteutumista ja vaikuttavuutta seurataan. Fysioterapeutti toimii asiantuntijana ja tukihenkilönä omatoimisen terapeutin harjoittelun käynnistämisessä ja jatkamisessa ja hänen kanssaan kuntoutuja tekee sopimuksen harjoittelun toteuttamisesta. (Talvitie ym. 2006: 194–196; Hall 2011: 29.)

Yleensä harjoittelun suunnittelussa on huomioitava asiakkaan päivittäinen ajankäyttö ja harjoittelun tuomat muutokset siihen sekä asiakkaan kiinnostus ja motivaatio harjoitteluun (Talvitie ym. 2006: 196). Omatoimisen harjoittelun tuomisella asiakkaan jokapäiväiseen elämään voi olla elinikäinen positiivinen vaikutus (Brody 2011: 36). Tämä kuvaa sitä, että liikumme myös lähellä elämäntapamuutoksen ja oman elämän hallinnan käsitteitä.

Yhtenä esimerkkinä omatoimisen harjoittelun tuomisesta käytäntöön on McKenzie-menetelmä eli Mekaaninen Diagnostisointi ja Terapia (MDT). Se on Robin McKenzien vuonna 1981 julkaisema selkärangan ongelmien diagnostisoinnin ja terapian menetelmä, jota monet fysioterapeutit eri puolilla maailmaa ja kasvavassa määrin myös Suomessa käyttävät. Menetelmää käytettäessä potilaan terapia koostuu ensinnäkin perusteellisesta asiakkaan informoinnista ja opettamisesta liittyen mm. tutkimuslöydöksiin sekä toiseksi fyysisestä harjoittelusta. Pyrkimyksenä on korostaa potilaan omatoimisuutta ja minimoida riippuvuus terapeutista. (Kilpikoski 2011: 4–5.)

## 4 Motivaatio toiminnan ohjaajana

Tässä luvussa käsittelemme motivaation taustaa, sisältöä sekä sen yhteyksiä selviytymisodotuksiin, pystyvyyden tunteeseen ja tavoitteeseen orientoitumiseen.

### 4.1 Motivaation moniulotteisuus

Motivaatio käsitteenä ja terminä pohjautuu latinan kielen sanalle *move*, joka tarkoittaa liikkumista. Motivaatiota on ajan kuluessa määritelty monin eri tavoin. Käsitteen määrittelyjä ovat värittäneet kulloinkin vallalla olleet motivaatioteoriat. Yhteistä määritelmille on kuitenkin ollut motivaation näkeminen eräänlaisena toiminnan polttoaineena, sen käynnistävänä ja ohjaavana voimana. 1900-luvun alkupuolen viettejä ja sisäisiä tarpeita painottaneesta suuntauksesta on sittemmin siirrytty moderniin motivaatiopsykologian näkemykseen, jossa motivaatio nähdään syntyvän vuorovaikutuksessa yksilön ja hänen ympäristönsä välillä (Lonka – Hakkarainen – Salmela-Aro – Ferchen – Lautso 2009: 16–7).

Motiiveilla viitataan impulsseihin, aikomuksiin tai pyrkimyksiin, jotka saavat henkilön liikahtamaan, tekemään jotakin tai käyttäytymään tietyllä tavalla (Brehm 2004: 4). Motiivi on vaikutin, elimistön tila tai ympäristön tapahtuma, joka käynnistää, ylläpitää tai säätelee tiettyyn päämäärään tähtäävää toimintaa (Herrala – Kahrola – Sandström 2009: 113). Motiivi on toiminnan psyykkinen syy, vaikutin tai tarve, joka tekee toiminnan mielekkääksi (Lonka ym. 2009: 202). Motiiveilla pyritään siis usein perustelemaan ja selittämään käyttäytymistä.

Motivaatiolla viitataan motiivien aikaansaamaan tilaan, joka saa aikaan, ohjaa ja pitää yllä toimintaa (mm. Ruohotie 1998: 37; Lehtinen – Kuusinen – Vauras 2007: 177). Motivaatio syntyy motiivien summana ja ilmenee yksilön haluna, tarpeena tai tahtona tehdä jotakin (Herrala ym. 2009: 114). Motivaatio on luonteeltaan dynaaminen ja tilannesidonnainen, jolloin se voi vaihdella tilanteesta toiseen (Ruohotie 1998: 41–42). Mitä voimakkaampi henkilön aikomus on, sen todennäköisempää on myös tavoitteen saavuttaminen (Turku 2007: 44). Jos yksilöllä on riittävästi tahtoa, hänellä on myös keinoja päämäärän saavuttamiseksi (Herrala ym. 2009: 144). Motivaatio siis suuntaa toimintaa ja vaikuttaa keskeisesti siihen, mihin ja miten henkilö kohdentaa energiansa. Motivaation voimakkuus on siten kiinteästi sidoksissa panostuksiin, jotka yksilö on valmis teke-

mään päämääränsä saavuttamiseksi. Mitä tärkeämmäksi henkilö kokee tietyn terveystavoitteen saavuttamisen, sitä motivoituneempi hän on ponnistelemaan sen eteen. Myös terapeutin harjoittelu edellyttää tietyn suuruista ja suuntaista motivaatiota käynnistykseen ja jatkuakseen tuloksekkaana.

#### 4.2 Motivaation määräytyminen ja ilmeneminen

Tahdonalainen toiminta viriää siis motivaatiosta ja on peilattavissa sitä vasten. Motiivit voivat olla pääteltävissä ja ymmärrettäviä joko itse toiminnan tai sen lopputuloksen perusteella. Toiminnan mielekkyys ei välttämättä avaudu ulkopuoliselle tai sen merkitystä voi olla vaikeaa nähdä ilman tietoa siitä, mitä tarkoitusta se palvelee ja mihin tavoitteeseen se kytkeytyy. Siksi on välttämätöntä hakea käyttäytymisen perusteluja kysymällä niitä henkilöltä itseltään. Vain tätä kautta on mahdollista tunnistaa ja ymmärtää syvemmin ihmisen omakohtaisia valintapäätöksiä. Fysioterapeutin on hyvä tässä yhteydessä myös muistaa, että objektiivisesti havaittava terveysongelma ei välttämättä näyttäydy sellaisena ihmiselle itselleen (Turku 2007: 45).

Motiiveista puhuttaessa voidaan toisistaan erottaa sisäinen ja ulkoinen motivaatio. Sisäinen motivaatio tarkoittaa ihmisen halua tehdä jotakin siksi, että se on hänelle sellaisenaan palkitsevaa (Lonka ym. 2009: 202). Tällaisesta aktiviteetista puhutaan sisäisesti motivoituneena toimintana, koska ihmiset tekevät sitä vailla odotusta ulkoisesta palkkiosta. Tyydytys tulee itse tekemisestä, ei niinkään tekemisen seurauksista. (Salmela-Aro – Nurmi 2005: 41.) Tästä syystä sisäinen motivaatio on luonteeltaan usein pitkäkestoista (mm. Liukkonen – Jaakkola – Kataja 2006: 28; Kalakoski ym. 2007: 31; Kuntotestauspäivät 2012).

Sisäiselle motivaatiolle on olennaista, että ihmistä ei tarvitse motivoida siihen ulkoisten palkkioiden tai rangaistusten avulla (Lonka ym. 2009: 37). Sisäisillä palkkioilla oletetaan olevan myös läheisempi yhteys suoritukseen ja tyytyväisyyteen kuin ulkoisilla palkkioilla (Ruohotie 1998: 46). Terapeuttisessa harjoittelussa tällaisina kannustimina voisivat toimia esimerkiksi myönteiset elämykset, jotka ilmenevät ja voimistuvat harjoitteluun tottumisen myötä. Ne lisäävät liikkumisen halua ja auttavat ylläpitämään harjoittelumotivaatiota. (Nupponen 2005: 48.) Ohjaaja voi etenkin harjoittelun alkuvaiheessa auttaa yksilöä tulkitsemaan ja ymmärtämään tuntemuksiaan monipuolisemmin. Odotusten muokkautuessa realistisemmiksi elämykset rikastuvat, ja myös harjoittelun jatkaminen käy todennäköisemmäksi. (Nupponen 2005: 52. )

Ulkoinen motivaatio merkitsee sitä, että yksilö tekee jotakin muiden vaatimuksesta, syyllisyydentunnosta tai saadakseen siitä ulkoisia palkkioita (Lonka ym. 2009: 36). Joissakin tapauksissa alun pitäen ulkoinen motivaatio voi muuttua sisäiseksi motivaatioksi henkilön huomattaessa saavansa toiminnastaan mielihyvää (Lonka ym. 2009: 39). Muutos voi tapahtua myös toiseen suuntaan. Sisäisesti motivoituneen toiminnan ulkoinen palkitseminen voi vähentää yksilön omaa halua siihen luontaisen mielenkiinnon laimentuessa (Lonka ym. 2009: 36–37). Pitkäkestoisen motivaation ylläpitämiseen tähdättäessä tulisi siksi korostaa toiminnasta yksilölle koituvia, hänen mielekkäiksi ja merkitykselliseksi kokemiaan hyötyvaikutuksia. Näin ollen myös fysioterapiaprosessin ohjauksessa tulisi huomio kiinnittää seikkoihin, jotka edistävät omaharjoittelun toteutumista tästä näkökulmasta.

#### 4.3 Selviytymisodotusten ja pystyvyyden merkitys tavoitteeseen motivoitumisessa

Kaikilla yksilöillä on oletuksia siitä, kuinka hyvin he pystyvät suoriutumaan tietystä tehtävästä, tulevatko he todennäköisesti onnistumaan vai epäonnistumaan siinä ja missä määrin he voivat itse vaikuttaa asiaan. Näitä käsityksiä kutsutaan selviytymisodotuksiksi. Selviytymisodotukset vaikuttavat siihen, miten hyvin ihmiset suoriutuvat erilaisista tehtävistä. (Kalakoski ym. 2007: 32.) Onnistumisen toivon ja epäonnistumisen pelon välinen suhde toimii motivaation suuntautumisen perustana. Jos onnistumisen toivo on hallitseva, toiminta koetaan miellyttäväksi ja siihen ryhdytään helposti. Jos taas epäonnistumisen pelko leimaa suorituksen lopputuloksen ennakkointia, toiminta koetaan epämiellyttäväksi ja siihen ryhdytään tai sitä jatketaan vain jonkin ulkoisen paineen vaikutuksesta. (Lehtinen ym. 2007: 184.)

Jos yksilöllä on voimakas usko ja luottamus onnistumiseensa, hänellä sanotaan olevan vahva pystyvyyden (engl. *self-efficacy*) tunne (Kalakoski ym. 2007: 32). Koska tunne on lataukseltaan positiivinen, ihmisellä on tarve vaalia sitä. Tähän liittyy yksilöiden luontainen taipumus hakeutua tehtäviin, joissa he pärjäävät ja vältellä tehtäviä, joissa he eivät koe olevansa hyviä. Tämä näkyy siten, että kyvykkäiksi itsensä tuntevien henkilöiden työtulokset ja työn jälki ovat parempia kuin henkilöillä, jotka eivät koe itseään päteviksi. (Liukkonen ym. 2006: 125–126.)

Sekä tavoitteella että sen koetulla saavuttamisen todennäköisyydellä on olennainen merkitys yksilön motivoitumiselle. Mitä kyvykkäämpinä henkilöt itseään pitävät, sitä

korkeampia tavoitteita he asettavat itselleen ja sitä lujemmin he sitoutuvat niihin (Ruohotie 1998: 76). He motivoituvat yleensä tehtävään voimakkaasti, eivät lannistu vastoinkäymisistä, suoriutuvat tehtävässään hyvin ja asettavat itselleen jatkossa yhä haastavampia tavoitteita (Kalakoski ym. 2007: 32). Pystyvyyden kokemukset eivät ilmene ainoastaan tavoitteiden asettamisessa tai tavassa pyrkiä niihin, vaan ylipäättään siinä, millaisiin tehtäviin yksilö ryhtyy (Lehtinen ym. 2007: 193).

Sisäinen motivaatio lisääntyy sitä mukaa kuin pystyvyyden tunne vahvistuu ja vähenee sitä mukaa kuin pystyvyyden tunne heikentyy (Ruohotie 1998: 67). Hyvin määritellyt ja haasteelliset lyhyen aikavälin tavoitteet ovat usein motivoivia, koska niiden saavuttaminen lisää pystyvyyden tunnetta. Esimerkiksi fysioterapiaprosessissa saavutettavissa olevien osatavoitteiden asettaminen on tärkeä osa motivaation syntymistä. (Kalakoski ym. 2007: 32). Onnistumisen kokemukset näyttävät lisäävän pystyvyyden tunnetta kun taas epäonnistumisen kokemukset heikentävät sitä. Näin ollen positiivinen palaute lisää sisäistä motivaatiota ja negatiivinen palaute vähentää sitä. (Ruohotie 1998: 67.) Näiden syy-seuraussuhteiden ymmärtäminen ja huomioiminen on fysioterapiaprosessin ohjauksen näkökulmasta täysin keskeinen. Yksilöllisellä ja voimavarakeskeisellä tavoitteiden määrittelyllä pystytään olennaisesti vaikuttamaan fysioterapian onnistumisen todennäköisyyteen ja sitä kautta vaikuttavuuteen. Kun ihminen kokee pystyvänsä suoriutumaan ja näkee yhteyden oman toimintansa ja onnistuneen lopputuloksen välillä, hänellä on myös paremmat edellytykset motivoitua tavoitteen suuntaiseen toimintaan. Terapeuttisen harjoitteluohjelman sisällöissä tämän tulisi näkyä siten, että tavoitteet ruokkivat henkilön pystyvyyden tunnetta ja edistävät siten sitoutumista harjoitteluohjelmaan.



## 5 Fysioterapia-asiakkaan omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun motivointi ja harjoitteluun sitoutuminen

Lukuisten tutkimusten ja omakohtaistenkin kokemusten perusteella tiedämme, että on vaikea saada asiakkaat harjoittelemaan itse ja sitoutuminen harjoitteluun on usein heikkoa. Tilanne voi olla se, että harjoitteita ei tehdä tai myös se, että halu onnistua on niin suuri, että suositellut harjoitusmäärät ylitetään (Urheiluvammat 2011: 13). Molemmissa tapauksissa on kyse sitoutumisesta fysioterapeutin antamien ohjeiden ja yhdessä tehdyn suunnitelman noudattamiseen.

WHOn määritelmän mukaan käsite *adherence* eli kuuliaisuus, noudattaminen, sitoutuminen kertoo siitä, miten henkilön käyttäytyminen vastaa terveydenhuollon edustajan antamia suosituksia (McLean – Burton – Bradley – Littlewood 2010: 514). Fysioterapiassa tämä termi on moniulotteinen ja voi viitata sovitusta tapaamisista kiinni pitämiseen, ohjeiden noudattamiseen tai sovittujen harjoitteiden tekemiseen (McLean ym. 2010: 514). Tässä työssä tarkastelemme kirjallisuuden ja tutkimusten pohjalta nimenomaan omatoimisen harjoittelun toteutumisen edellytyksiä.

Seuraavissa kappaleissa tuomme esille kirjallisuuteen ja tutkimuksiin perustuen tekijöitä, jotka vaikuttavat omatoimiseen harjoitteluun motivoitumiseen ja sitoutumiseen. Nämä olemme esittäneet jaoteltuna ohjaukseen, harjoitteiden sisältöön ja olosuhteisiin liittyviin tekijöihin. Lisäksi käymme läpi omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun liittyvää motivoitumisprosessia kahden, aiemmin lähinnä elämäntapamuutokseen sovelletun mallin kautta.

### 5.1 Ohjaukseen liittyvät keinot

Luottamuksellinen suhde, yhteisymmärrys ja toimiva vuorovaikutus luovat perustan fysioterapeutin ja asiakkaan väliselle kommunikoinnille. Keskeiset lähtökohdat harjoitteluun sitoutumisessa ovat tiedon antaminen, tavoitteiden asettaminen ja harjoitteiden ohjaus. Tähän voi liittyä yleiseen terveydentilaan ja elintapoihin sekä itsestä huolehtimiseen liittyvää ja jopa elämänmuutokseen kannustavaa neuvontaa ja keskustelua. Joissain tilanteissa voi olla tarpeen perehdyttää asiakasta anatomiaan, patofysiologiaan ja biomekaniikkaan, jotta hän ymmärtää vaivansa perusteet sekä omien toiminta-

tapojensa ja harjoittelun merkityksen ja vaikutukset. Tällä voidaan päästä siihen tilanteeseen, että asiakas pystyy itse tekemään päätöksiä ja ottamaan vastuuta kuntoutumisestaan. Hyvän ohjauksen jälkeen hän pystyy itsekin tunnistamaan virheelliset suoritustekniikat tai muut seikat, jotka pahentavat oireita. Nämä kaikki lisäävät voimaantumisen ja elämäntilanteen tunnetta ja sitä kautta vaikuttavat motivaatioon. (Brody 2011: 35–36; Taimela – Airaksinen – Kouri 2002: 91.) Voimaantumisen (*empowerment*) tarkoitetaan sisäistä vahvistumista, ihmisestä itsestään lähtevää sisäisen voimantunteen lisääntymisprosessia (Siitonen 1999: 83).

Sluijs ym. ovat tutkineet fysioterapeutin käyttäytymisen ja harjoittelun välisiä korrelaatioita. Heidän tutkimuksensa mukaan eniten harjoitteluun sitoutumiseen vaikuttavat erilaiset harjoittelun esteet kuten ajankäyttö ja kipu. Toiseksi selkein yhteys harjoitteluun sitoutumiseen on fysioterapeutilta saadulla positiivisella palautteella. (Sluijs – Kok – Van der Zee 1993: 775, 778.)

Alewijnse kumppaneineen esittää tutkimuksensa perusteella, että standardoidun tarkistuslistan käyttö tapaamisen aikana tekee tapaamisesta jäsenmääräyksen ja lomakkeen täyttäminen ohjaa muun muassa määrittelemään terapian tavoitteita ja arvioimaan tilannetta ja samalla antamaan palautetta asiakkaalle. He katsovat tämän vaikuttavan merkittävästi optimaalisen sitoutumisen saavuttamiseen. (Alewijnse – Mesters – Metsemakers – van den Borne 2003: 520, 521.) Tällaisen tarkistuslistan käyttäminen nostaa todennäköisesti fysioterapiaprosessin laatua ja saa terapeutit toimimaan yhtenäisellä tavalla.

Terapeutin tulee varmistaa selkeiden suullisten ja kirjallisten ohjeiden avulla, että asiakas ymmärtää harjoitteet ja osaa tehdä ne myös omatoimisesti. Tämä on ohjattujen suorituskertojen lisäksi tärkeää paitsi oikean suoritustekniikan myös sitoutumisen kannalta. (Brody 2011: 40–42.) Useat tutkimukset osoittavat ohjausta täydentävien kirjallisten ohjeiden merkityksen harjoitusohjelman noudattamiselle (Kolt – McEvoy 2003: 114). Liian tarkat terapeutin antamat ohjeet voivat sekoittaa, ja liialliset yksityiskohdat yllärasittaa. Asiakkaan osallistuminen ohjeiden laadintaan ja hänen kannustamisensa omien muistiinpanojen tekemiseen lisäävät vastuun ottamista, sitoutumista ja harjoitteiden ymmärtämistä. Asiakkaasta tehdyn videoinnin katsotaan myös edistävän omatoimisen harjoittelun onnistumista. Kun seurantakäynnin yhteydessä asiakasta pyydetään näyttämään tekemänsä harjoitteet, saadaan suoritusvarmuudesta vihjettä harjoitusohjeiden noudattamisesta ja harjoittelun toteutumisesta. (Brody 2011: 40–42.)

Pitkällä aikajänteellä sellaiset keinot kuin yhteydenotot puhelimitse ja sähköpostilla, harjoituspäiväkirjan pitäminen, henkilökohtaisen kannustuksen saaminen ja graafinen palaute voivat ylläpitää harjoitteluun sitoutumista. Useissa tutkimuksissa hoitojakson jälkeiset seurantatapaamiset, ”kannustussessiot” (*booster session*), jotka sisälsivät fysioterapeutin antamaa neuvontaa ja joissa erityisesti kiinnitettiin huomiota harjoittelun liittämiseen osaksi jokapäiväistä elämää, osoittautuivat menestyksekkäiksi motivaation ylläpitäjiksi. (Pisters ym. 2007: 1250.) Graafisen palautteen tyyppiä ei tutkimusraportissa eritelty, mutta jos esimerkiksi harjoittelijan suorituskyykyä tai kivun määrää on mahdollista mitata ja siten seurata konkreettisesti harjoittelun edistymistä, saa henkilö siitä varmasti lisäpontta harjoitteluunsa.

Kolt ja McEvoy esittävät tutkimuksensa perusteella, että fysioterapeutin arvioima asiakkaan harjoitteluinto terapiasession aikana on yhteydessä asiakkaan sitoutumiseen kotiharjoitteiden tekemiseen (Kolt – McEvoy 2003: 114–115). Jos terapeutti huomaa viitteitä heikosta motivaatiosta, hänen tulisi panostaa kotiharjoittelua enemmän suoritus-ten tekemiseen tapaamisten aikana sekä käyttää sitoutumista lisääviä toimia kuten positiivista vahvistamista, tavoitteiden asettamista ja harjoittelusopimuksen tekemistä. Toisaalta on todettu myös, että ensimmäisen tapaamisen tai alkuvaiheen aikana ilme-nevä aikomus harjoitella omatoimisesti ei takaa sitoutumista pitkällä aikavälillä (Ale-wijnse ym. 2003: 519). Tämä lisää henkilökohtaisen ohjauksen ja tapaamisten välillä tapahtuvan yhteydenpidon jatkamisen merkitystä omatoimisen terapeutin harjoitte-lun onnistumisessa.

Terapeutin harjoittelun tavoitteena oleva kivun hoito ja sen ehkäisy toimivat käytän-nössä hyvin usein tärkeimpinä ja konkreettisina motivaatiotekijöinä, joita ohjauksessa sopivalla tavalla voidaan tuoda esille. Esimerkiksi McKenzie- eli MDT-menetelmässä selkärangan ongelmien yhteydessä harjoituksia käytetään kivun lievitykseen ja uusien kipuepisodien syntymisen ehkäisyyn (Kilpikoski 2011: 5).

Harjoitteluun sitoutumiseen vaikuttamista eri strategioilla sekä sitoutumista ennustavia tekijöitä on pyritty tutkimaan lukuisilla interventioilla. Selvää näyttöä kirjallisten ohjeiden merkityksestä on runsaasti. Sen sijaan yksilöllisen harjoitusvideon merkityksestä ei ole näyttöä silloin, kun kirjallinenkin ohje on käytössä. Kognitiivis-behavioraalisella ohjel-malla ei näyttänyt olevan vaikutusta pidemmällä aikavälillä kotiharjoitteluun sitoutumi-seen, lyhyemmällä aikavälillä kylläkin. Ohjelmalla pyrittiin lisäämään pystyvyyden tun-

netta, vähentämään esteiden vaikutusta ja lisäämään asiakkaan tietämystä omasta tilanteestaan. (McLean ym. 2010: 516–521.)

Olennaista harjoittelumotivaation synnyttämisessä ja ylläpitämisessä näyttäisi olevan se, että fysioterapeutti lähestyy asiakkaan tarpeita yksilöllisesti ja luovasti ja asiakkaan kokonaistilanteen huomioiden. Monessa yhteydessä on tullut ilmi yhteydenpidon ja palautteen antamisen merkitys ja toisaalta ajankäytön haasteet ohjauksessa. Nykykaisen viestintäteknologian hyödyntäminen ja jopa etäkuntoutus voisivat olla tulevaisuudessa omatoimisen harjoittelun ohjauksen täydentäviä tekijöitä.

## 5.2 Harjoitteiden sisällön merkitys

Harjoitteet tulisi mahdollisuuksien mukaan räätälöidä sellaisiksi, että ne edes osittain ovat henkilölle keskeisiä toimintoja tai liikkeitä muistuttavat niiden osia (Brody 2011: 38–39). Mahdollisimman läheisesti päivittäisiä toimintoja simuloivien harjoitteiden oletetaan edistävän harjoittelumotivaatiota (Pisters ym. 2007: 1250). Etenkin alussa voidaan kuitenkin joutua tekemään sellaisia harjoitteita, jotka eivät näytä liittyvän tavoitteena oleviin toimintoihin. Tällöin terapeutin on saatava asiakas ymmärtämään näidenkin harjoitusten merkitys niin, että asiakas uskoo harjoitusten vaikutukseen ja myös uskoo, että terapeutti ymmärtää hänen ongelmansa. Harjoittelun jatkuminen myöhemmässä vaiheessa toiminnallisempina pitää tällaisessa alkuvaiheessa myös tehdä asiakkaalle selväksi. (Brody 2011: 38–39.) Ei siis riitä, että asiakas ymmärtää yksittäisen harjoitteen merkityksen, vaan hänellä tulee olla selkeä käsitys koko fysioterapiaprosessista ja suunnitellusta aikataulusta ja harjoittelun etenemisestä vaiheesta toiseen.

Välineiden käyttö näyttää vaikuttavan motivaatioon, mutta eri tavoin. Näin ollen jokaisen henkilön kohdalla pitää kussakin vaiheessa miettiä välineiden käytön merkitys. Jotkut voivat ajatella, että harjoittelu ei ole riittävää, jos mitään välinettä ei käytetä. Jos tätä ennakoasennetta ei pystytä oikaisemaan, voi olla parempi käyttää välineitä. Välineiden hankkiminen voi toisille olla harjoittelun aloittamisen este, mutta taas toisille oma investointi voi lisätä harjoitteluun sitoutumista. (Brody 2011: 42.)

Harjoitteiden monimutkaisuuden taso vaikuttaa niiden toteuttamisen onnistumiseen. Harjoitesarjan suorittamisesta pitäisi tehdä mahdollisimman yksinkertaista ja nopeaa. Harjoitteiden järjestykseen tulee kiinnittää huomiota, minimoida asennonmuutokset ja ryhmittää samantyyppiset harjoitteet yhteen. Tämä paitsi vähentää vaadittua aikaa

myös helpottaa muistamaan ja ymmärtämään harjoitteet. Tekemällä suorittamisesta yksinkertaista minimoidaan harjoittelun vaikutus asiakkaan elämäntyyliin ja ajankäyttöön. (Brody 2011: 41.)

Erilaisten harjoitteiden ja harjoittelustrategioiden vaikuttavuutta tuki- ja liikuntaelinaivojen hoidossa tutkitaan jatkuvasti ja tutkimuksiin perustuen annetaan suosituksia käytännön kliinistä työtä varten. Usein kuitenkin jää huomioimatta, että vain tehdyt harjoitukset auttavat. Entistä enemmän olisi syytä kiinnittää yksilöllisesti huomiota myös siihen, minkä tyyppiset harjoitteet pitävät yllä harjoittelumotivaatiota.

### 5.3 Harjoitteluolosuhteiden huomioon ottaminen

Suunnitellessaan harjoittelua asiakkaan kanssa terapeutin tulisi pyrkiä tunnistamaan erilaisia harjoittelun esteitä ja osoittamaan ne. Mitä vähemmän muutoksia henkilön elämäntapaan ja ajankäyttöön tarvitaan, sitä parempaa sitoutuminen on. Näin ollen harjoitteiden tulisi olla sellaisia, joita voi tehdä sulautettuna henkilön päivärutiineihin. Tällaisilla harjoitteilla on erityinen arvo, jos harjoittelua on tarkoitus jatkaa vielä varsinaisen terapiaprosessin jälkeen. Kiireiselle henkilölle 15 minuutin päivittäinen harjoitus-tuokio voi olla liikaa vaadittu, vaikka halua harjoitteluun olisi. Aikatauluseikat ovat useiden tutkimusten mukaan keskeisimpiä harjoittelun esteitä. Harjoitteluympäristön puute voi myös olla este, mutta terapeutti voi harjoitteiden valinnalla varmistaa, että sopiva harjoitteluympäristö on olemassa. (Brody 2011: 38–39, 43.)

Harjoittelun este voi olla kipu, kivun tai uudelleen loukkaantumisen pelko, uupumus, ajan puute, unohtaminen, heikko pystyvyyden tunne (jopa avuttomuuden tunne) tai sosiaalisen tuen puute kuten yksin harjoittelu. Aiemmin fyysisesti inaktiivisella henkilöllä harjoitteluun sitoutuminen on yleensä vaikeampaa kuin fyysisesti aktiivisella. Harjoittelun aikana tai sen jälkeen pahenevan kivun helpottamiseen on syytä panostaa käyttäen hyväksi myös muita asiantuntijoita, sekä aloittaa harjoittelu pienin askelin progressiivisesti edeten. Pystyvyyden tunteeseen terapeutti pystyy vaikuttamaan tukemalla realististen tavoitteiden asettamista sekä osallistumalla toiminnan suunnitteluun olosuhteet huomioiden. (Jack – McLean – Moffett – Gardiner 2010: 226, 227.)

Sosiaalinen tuki on lukuisten tutkimusten mukaan tärkeä tekijä hoitoon ja harjoitteluun sitoutumisessa. Perhe ja muut läheiset, työyhteisö ja terveydenhoitohenkilöstö voivat antaa paitsi fyysistä ja konkreettista tukea myös tunnetason tukea. Näiden merkitys on

erityisen suuri pitkäaikaisissa vaivoissa. Ottamalla perheenjäseniä mukaan ohjaustilanteisiin voidaan lisätä heidän ymmärrystään tilanteesta, tavoitteista ja kuntoutussuunnitelmasta. Jos on nähtävillä, että lähipiiriltä ei ole odotettavissa tukea tai esiintyy jopa syylistämistä, tulisi terapeutin minimoida tilanteen negatiiviset vaikutukset lisäämällä itsensä antamaa tukea. (Brody 2011: 43–44.) Vertaistuki voi myös toimia yhtenä osana sosiaalista tukea, ja vertaistuen järjestäminen on käytännössä mahdollista yhdistää ryhmässä tapahtuvaan harjoitteluun.

Aktiivinen elämäntyyli ja ajankäytön paineet pakottavat ihmiset priorisoimaan tekemisiään ja osittain sen takia monet hakevat nopeita ratkaisuja kipuunsa. Tämä lisää riippuvuutta hoitavista henkilöistä ja vähentää omaa kontrollin tunnetta. Kuitenkin se, että asiakas on tilanteen kontrolloija edesauttaa sitä, että harjoitteista tulee osa päivittäisiä rutiineja. Asiakkaan voimaantumista harjoitteluun edesauttaa myös se, jos terapeutti pystyy antamaan positiivisia odotuksia toipumisajan suhteen. Toisaalta esimerkiksi alaselkävaurion yhteydessä voi olla tärkeää myöntää, että tämä vaiva kuuluu elämään etenkin vanhenemisen myötä, mutta siihen ei pidä alistua. Tämän vuoksi terapeutin tulee tukea asiakasta ottamaan itse haltuunsa tarvittavat toimenpiteet ja liittämään ne osaksi päivittäisiä rutiinejaan. (Dean – Smith – Payne – Weinman 2005: 627, 631 – 635.)

Harjoittelumahdollisuudet on siis otettava huomioon omatoimista terapeutista harjoittelua suunniteltaessa. Keskeisintä on muistaa, että asiakas on se, joka harjoitteet tulee tekemään omassa arjessaan, joten hänen on syytä olla keskeisenä henkilönä harjoittelun suunnittelussa. Se ei ole pelkästään harjoitteiden suunnittelemista vaan myös niiden toteuttamisen suunnittelemista.

#### 5.4 Sisäiset tekijät käyttäytymistieteellisten teorioiden valossa

Terveyskäyttäytymisen, elämäntapamuutoksen tai pelkästään liikunta-aktiivisuuden lisäämisen yhteydessä on käytetty erilaisia malleja. Seuraavassa tarkastellaan trans-teoreettisen mallin ja ns. HAPA-mallin soveltuvuutta terapeutin harjoitteluun motivoitumisen edistämiseksi. Sisäisillä tekijöillä tarkoitamme ihmisen sisältä kumpuavia harjoittelun onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä, kuten henkilön valmiutta harjoittelusopimuksen noudattamiseen ja hänen sisäisiä voimavarojaan. Sisäisiin tekijöihin kuitenkin vaikuttavat ulkopuolelta tulevat tekijät.

#### 5.4.1 Valmiustason huomioiminen ohjauksessa – transteoreettinen malli

Prochaskan muutosvaihemalli eli transteoreettinen malli on alun perin kehitetty elämäntapamuutoksen kuten tupakanpolton lopettamisen, painonhallinnan ja liikunnan lisäämisen edistämiseen (Turku 2007: 55). Kuitenkin tätä mallia on sovellettu myös harjoittelukäyttäytymisen ymmärtämiseen ja omatoimisen terapeutin harjoittelun ohjaamiseen (Brody 2011: 38).

Olennaista muutosvaihemallin soveltamisessa on se, että ohjaaja hahmottaa mallin avulla, missä vaiheessa ohjattava on menossa ja keskittyy ohjauksessaan vastaamaan ohjattavan muutosprosessin vaiheeseen liittyviin tarpeisiin ja antamaan hänelle sopivan määrän oikeantyyppistä tukea (Turku 2007: 62). Avoimilla kysymyksillä ja kuuntelemalla on mahdollista saada vihjeitä muutosvalmiuden tasosta (Brody 2011: 38). Ohjaajan tulee olla myös herkistynyt huomaamaan, jos ohjattavan eteneminen muutosprosessissa on erityisen hidasta tai nopeaa tai vähemmän suoraviivaista eli sisäisestä tai ulkoisesta syystä johtuvaa paluuta edelliseen vaiheeseen (Turku 2007: 62). Seuraavassa on esitelty viisi malliin kuuluvaa vaihetta peilattuna omatoimiseen terapeutin harjoittelun ohjaamiseen.

Esiharkintavaiheessa (*precontemplation*) henkilö on saattanut tulla terapeutin vastaanotolle jonkun ulkopuolisen tahon pakottamana. Tässä vaiheessa hän ei ole halukas aloittamaan kuntoutusprosessia, koska ei pidä vointiaan erityisen huonona tai ei tiedosta tai edes halua ajatella mahdollisia riskejä. (Turku 2007: 56.) Jos henkilö saadaan mukaan säännöllisiin tapaamisiin ja osallistumaan reflektoiivaan keskusteluun, voi hän alkaa nähdä, mitä hän henkilökohtaisesti voi saavuttaa kuntoutukseen osallistumalla. (Brody 2011: 38.) Yhtenä tärkeänä työkaluna terapeutilla onkin sekä tässä että seuraavissa vaiheissa nimenomaan motivoiva haastattelutapa. Siihen kuuluvat avointen kysymysten käyttäminen, aktiivinen eli reflektoiiva kuuntelu, positiivisen palautteen liittäminen keskusteluun sekä yhteenvetojen teko (Turku 2007: 50–53).

Harkintavaiheen (*contemplation*) käynnistymisen edellytyksenä on, että henkilö myöntää omakohtaisesti, että on olemassa terveysongelma (Turku 2007: 56). Tässä vaiheessa fysioterapeutin keskeisiä työvälineitä ovat tiedon antaminen vammasta ja kuntoutusohjelmasta, rohkaisu, etujen, haittojen ja esteiden pohdintaan osallistuminen sekä asiakkaan henkilökohtaisten tavoitteiden reflektointi. Erityisen tärkeää on, että ohjattava ymmärtää vamman ja sen patologian suhteen harjoitteluun ja sen odotettuun

tulokseen. (Brody 2011: 38.) Prosessin tulee perustua ohjattavan omaan tilannearvioon ja näkemykseen siitä, mitä hän hyötyy ja mihin hän katsoo pystyvänsä (Turku 2007: 56).

Suunnitteluvaiheessa (*preparation, determination*) henkilö on valmis työskentelemään ohjaajan kanssa. Silloin siirrytään yhä konkreettisemmalle tasolle lähtötilanteen kartoittamisessa, tavoitteiden ja toimenpiteiden suunnittelussa sekä saatetaan jo kokeilla harjoittelua. Tässä vaiheessa korostuu konkreettisten, mitattavien, ohjattavan itsensä valitsemien, realististen ja aikataulutettavissa olevien tavoitteiden määrittely. (Turku 2007: 57, 69–71.) Henkilön kanssa on syytä myös pohtia harjoittelun esteitä, tunnistaa niitä ja miettiä miten niitä voidaan poistaa (Brody 2011: 38).

Toimintavaiheessa (*action*) ja ylläpitovaiheessa (*maintenance*) positiivinen vahvistaminen (*reinforcement*) on tarpeen, jotta harjoittelu jatkuu ja repsahduksia vältetään. On tärkeää selvittää, mitkä ovat ne tekijät, jotka juuri tätä henkilöä motivoivat pitkäjänteiseen harjoitteluun sitoutumisessa. (Brody 2011: 38.)

Toimintavaiheessa saadaan kokemuksia harjoittelusta – positiivisia ja negatiivisia. Etenkin alussa riskinä on liika innostuminen ja nopeiden tulosten odottaminen. Harjoittelukokemusten myötä tai esimerkiksi elämäntilanteen muuttuessa pitää olla valmis muuttamaan suunnitelmia. Tässä vaiheessa usein tarvitaan välitavoitteita ja läheisten tukea. Yhteydenpito ohjaajan ja ohjattavan välillä tulee olla säännöllistä, joskin harvempaa eikä välttämättä kasvokkain tapahtuvaa. Ohjattava voi myös kehittää itselleen oman palkitsemisjärjestelmän. Repsahduksia voi tapahtua, eikä niitä pidä tulkita epäonnistumiseksi vaan ne tulee normalisoida ja tukea henkilön pystyvyyden ja hallinnan tunnetta. (Turku 2007: 58, 60, 72–74.)

Ylläpitovaiheesta terapeutin harjoittelun yhteydessä voidaan puhua silloin, kun säännöllinen harjoitteiden tekeminen on jatkunut useita kuukausia ja se on tullut osaksi elämäntapaa. Tätä vaihetta ei välttämättä ole laisinkaan, mutta joskus voi vaivan uusiutumisen ehkäiseminen vaatia joidenkin harjoitteiden säännöllistä tekemistä. Tässä vaiheessa erityisesti korostuu näkemys siitä, että henkilö tekee sitä, mitä haluaa tehdä eikä sitä, mitä hänen on pakko tehdä. (Turku 2007: 59.)

Transteoreettinen malli tarjoaa siis näkökulmaa siihen, miten henkilön motivaatio herää ja miten harjoitteluun sitoutumisen kehittymistä voidaan tukea eri vaiheissa. Esiharkin-



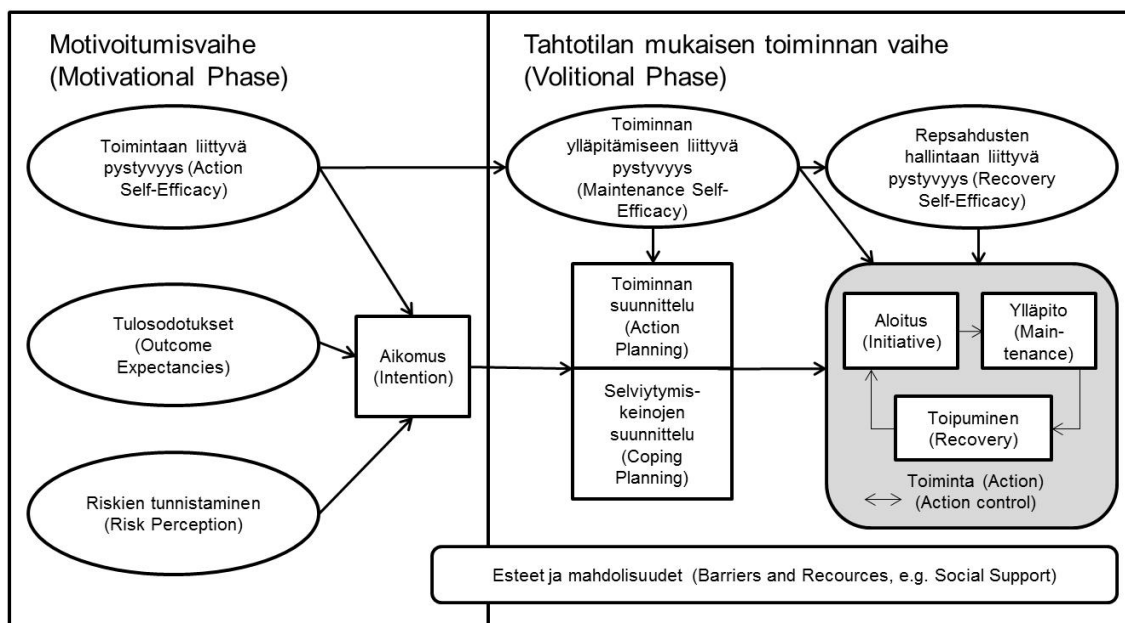
tavaiheessa kuntoutujan motivaatio ei ole vielä herännyt ja hän tarvitsee tietoa ja aikaa. Harkintavaiheessa kiinnostus on herännyt, jolloin etuja ja haittoja sekä tavoitteita on mahdollista yhdessä pohtia. Suunnitteluvaiheessa siirrytään konkreettiselle tasolle ennen toiminta- ja ylläpitovaihetta, jolloin korostuu henkilön pystyvyyden ja hallinnan tunne. Pois suljettua ei ole myöskään se, että henkilö palaa johonkin aiempaan vaiheeseen.

#### 5.4.2 Aikomuksen ja toiminnan erottaminen – terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessinäkökulma

1990-luvulla Ralf Schwarzer toi elintapaohjauksen alueelle transteoreettisen mallin ja muiden terveyskäyttäytymisen teorioiden rinnalle sosiaalis-kognitiiviseen näkökulmaan perustuvan prosessimallin. (Schwarzer 1992: 217). Tämä ”*Health Action Process Approach*” eli ns. HAPA-malli voidaan suomentaa terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessinäkökulmaksi tai terveyskäyttäytymisen prosessimalliksi. Sitä on Suomessakin käytetty teoriaperustana sekä elämäntapamuutosten edistämisessä että liikunta-aktiivisuuden lisäämiseen tähtäävissä interventioissa (Absetz – Patja 2008: 11–12; Aittasalo – Rinne-Pasanen – Kukkonen-Harjula – Vasankari 2012: 4).

Keskeistä HAPA-mallissa on preintentionaalisen motivaatioprosessin ja postintentionaalisen toimintavaiheen erottaminen, pystyvyyden tunteen merkityksen korostaminen erilaisena eri vaiheissa sekä toimintaa edeltävän suunnittelun merkitys (Schwarzer – Luszczynska 2008: 141). Suunnittelussa tavoitteiden asettamisen lisäksi korostuu toteuttamisen suunnittelu: miten, missä ja milloin harjoittelu tapahtuu (Ziegelmann – Luszczynska – Lippke – Schwarzer 2007: 97).

Kuvio 1 esittää HAPA-mallia suomennettuna alkuperäisestä, vapaasti kopioitavaksi tarkoitettusta lähteestä.



Kuvio 1. HAPA-malli (Schwarzer 2011: 4, 5, 6)

Tässä luvussa käydään läpi HAPA-mallin sisältöä samalla soveltaen tätä alun perin terveyskäyttäytymisen muutokseen kehitettyä mallia terapeuttiseen harjoitteluun sitoutumiseen. Tämän jälkeen kuviossa 2 esitetään HAPA-malli fysioterapia-asiakkaan näkökulmasta terapeuttisessa harjoittelussa.

Ennen harjoittelun aloittamista, ns. motivoitumis- eli aikomusvaiheessa muodostetaan aikomus toimintaa varten. Silloin keskitytään kokonaistavoitteiden pohdintaan, etujen ja haittojen läpikäymiseen, käsityksiin eri käyttäytymisvaihtoehtojen riskeistä ja hyödyistä sekä ennen muuta pystyvyyden tunteen kasvattamiseen (Schwarzer 1992: 234). Riskien käsittelyssä ei ole kyse pelottelusta, vaan pyrkimyksenä on kasvattaa henkilön uskoa mahdollisuuksiinsa vaikuttaa erilaisiin uhkiin (Schwarzer 1992: 235). Usko omaan pystyvyyteen on erityisen tärkeä, koska jos henkilö ei usko omiin kykyihinsä tehdä harjoituksia ja saavuttaa tavoitteita, on epäonnistumisen mahdollisuus suuri harjoitusten oppimisessa, aloittamisessa ja jatkamisessa.

Jotta riittävä pystyvyyden tunne voi kehittyä, pitää harjoittelun lopputulos hahmottaa. Schwarzerin mukaan kokemattoman harjoittelijan kohdalla odotetulla lopputuloksella

voi olla suurempi merkitys motivoitumisessa kuin pystyvyyden tunteella. Vasta harjoittelukokemuksen myötä pystyvyyden tunne on keskeisempää kuin tulosodotukset. Henkilön persoonallisuudesta ja kokemuksista riippuu, minkä verran aikomusvaiheeseen pitää panostaa, ja mitkä tekijät – odotettavissa olevat tulokset, riskit vai pystyvyyden tunne – korostuvat tässä panostuksessa. (Schwarzer 1992: 234.)

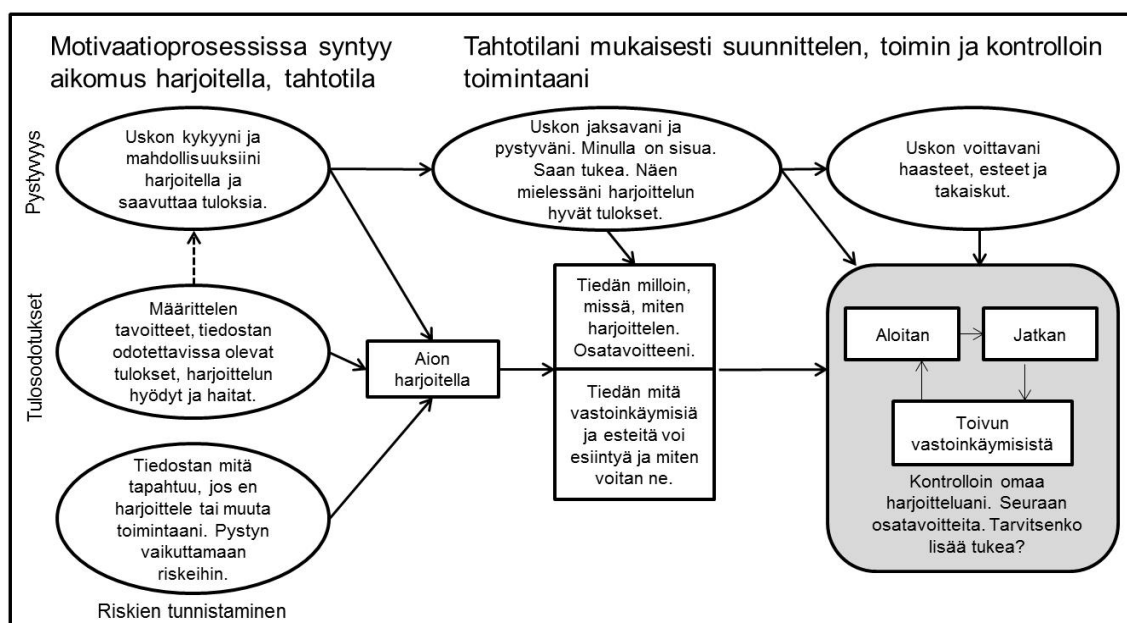
Henkilöllä tulee siis olla tahtotila harjoitteluun. Aikomukset jäävät kuitenkin suunnattoman usein muuttumatta toiminnaksi, koska pystyvyyden tunne on alhainen. HAPAMallissa siitä erotellaan kunkin vaiheen mukaan erityyppistä pystyvyyttä. Omatoimisessa terapeutisessa harjoittelussa pystyvyyden tunne näkyy henkilön uskossa siihen, että hän pystyy paitsi aloittamaan harjoittelun, myös ylläpitämään riittävän intensiivistä ja pitkäkestoista harjoittelua ja selviytymään esteistä, vastoinkäymisistä, välittömän harjoitustuloksen puuttumisesta, takaiskuista ja repsahduksista. Motivoitumisvaiheessa pystyvyyden tunne liittyy enemmän itseluottamukseen ja henkilökohtaisiin tulosodotuksiin, mutta toimintavaiheessa se liittyy myös panostuksen määrään ja periksiantamattomuuteen – sisuun. (Schwarzer 1992: 234, 236, Luszczynska – Mazurkiewicz – Ziegelmann – Schwarzer 2007: 7.)

Vaikka pystyvyyden tunne liittyy paljolti ihmisen persoonallisuuteen, voivat esimerkiksi henkilön aiemmista onnistumisista muistuttaminen ja toisten onnistumisista kertominen olla keinoja, joilla terapeutti voi edistää pystyvyyden tunnetta (Schwarzer 1992: 237; Ashford – Edmunds – French 2010: 266). Selvää on, että positiivinen palaute lisää pystyvyyden tunnetta. Kirjallisena kuten sähköpostilla tai jonkin sovelluksen kautta annettu palaute näyttäisi liittyvän korkeamman pystyvyyden tunteen kehittymiseen kuin suullisesti annettu palaute. Puhumalla suostuttelu tai taivuttelu sekä liiallinen esteiden tunnistaminen vaikuttavat tutkimusten mukaan negatiivisesti pystyvyyden tunteen kehittymiseen. (Ashford ym. 2010: 277.)

Ennen varsinaista toimintaa korostuu yksityiskohtainen harjoittelun suunnittelu. Tämä ei tarkoita pelkästään varsinaista toiminnan suunnittelua eli sitä, mitä harjoitukset sisältävä sekä, miten, milloin ja missä ne tehdään. Tarpeen on myös pohtia, mitä vastoinkäymisiä ja esteitä on mahdollista esiintyä ja miten niitä vältetään tai miten niistä selvietään. Lisäksi käydään läpi resursseja kuten toisten henkilöiden tukea sekä esteiden varalta vaihtoehtoisia toimintamalleja odotetun tuloksen saavuttamiseksi. Tämä ns. selviytymissuunnitelma korostuu toiminnan edetessä. Osatavoitteiden asettamisen voidaan myös katsoa kuuluvan toiminnan suunnitteluun. (Schwarzer 1992: 236, 237.)

Varsinaiseen toimintaan eli harjoittelun toteuttamiseen kuuluu toiminnan kontrollointi. Osatavoitteet ja niiden seuraaminen tai harjoituspäiväkirja voi olla tässä avuksi. Jatkuva esteiden ja resurssien huomiointi ovat myös osa toiminnan kontrollointia. Terapeuttiseen harjoitteluun, kuten terveisiin elämäntapoihinkin, voi liittyä riskikäyttäytymisen välttäminen. Riskikäyttäytymisen esimerkkinä voisivat olla haitalliset asennot ja liikkeet. Riskinä voivat myös olla kilpailevat ajankäytön viettotavat tai ajan viettäminen ympäristössä, jossa harjoittelu ei onnistu. Näistä pidättäytyminen vaatii myös suunnittelua, kontrollia ja pystyvyyden tunnetta (Schwarzer 1992: 237).

Kuviossa 2 on esitetty omatoimisen terapeutin harjoittelun prosessia HAPA-mallin mukaisesti asiakkaan näkökulmasta. Kuten elintapamuutoksiin liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa, myös omatoimisen terapeutin harjoittelun ohjaamisessa on ylipääntään tiedostettava, että kyseessä on prosessi, jossa pystyvyyden tunne on keskeisessä roolissa.



Kuvio 2. HAPA-malli fysioterapia-asiakkaan näkökulmasta terapeuttisessa harjoittelussa (sovellettu Schwarzer 2011: 4, 5)

HAPA-malli siis jakaa käyttäytymisen muutoksen aikomuksen muodostamiseen, toiminnan suunnitteluun ja toimintaan. Aikomuksen muodostamisessa keskeisenä ovat tulosodotukset ja riskien tunnistaminen. Osittain näiden pohjalta ja henkilön persoonallisuuden ja kokemusten pohjalta fysioterapia-asiakkaalle muotoutuu kykyihinsä ja on-

nistumisen mahdollisuuteensa uskomisen eli pystyvyyden tunne, joka kantaa läpi koko fysioterapia- ja harjoitteluprosessin kehittäen ja ylläpitäen harjoittelumotivaatiota. Ennen harjoittelun aloittamista suunnitellaan yhdessä harjoittelun konkreettinen toteutus ja lisäksi käydään vielä läpi esteitä ja resursseja ja mietitään selviytymiskeinoja. Harjoittelun toteuttamiseen kuuluu toiminnan kontrollointi ja usein myös vastoinikäymiset, joista on mahdollista selvittää ennalta mietittyjen selviytymiskeinojen sekä koko ajan kehittyvän pystyvyyden tunteen avulla.

Transteoreettinen malli korostaa motivaation heräämistä ja valmiustason huomioimista ohjauksessa, kun taas HAPA-mallissa painottuu enemmän pystyvyyden tunteeseen vaikuttaminen ja harjoittelun suunnittelu kokonaisuutena. Tämän vuoksi näemme, että HAPA-malli soveltuu näistä paremmin käytettäväksi työmme viitekehyksenä esimerkiksi tuloksia tarkasteltaessa. Molempien mallien mukaisesti toimittaessa on terapeutin tärkeää tiedostaa, missä prosessin kohdassa henkilö on ja suunnata tuki, ohjaus ja neuvonta sen mukaisesti.

Motivoitumis- ja harjoitteluprosessiin vaikuttavia tekijöitä voidaan HAPA-mallin mukaisella jaottelulla pohtia myös fysioterapeutin näkökulmasta ja se tullaan tekemään haastattelututkimuksen tulosten esittämisen yhteydessä työn kahdeksannessa luvussa.

## 6 Viestintäteknologian tuomat mahdollisuudet omatoimiseen harjoitteluun

Näemme, että nykYTEknologian käyttö fysioterapia- ja kuntoutuspalveluissa tehostaisi ja täydentäisi perinteistä, kasvokkain tapahtuvaa fysioterapiaa ja kuntoutusta. Samalla se mahdollistaisi uusien, innovatiivisten ja monipuolisten palvelujärjestelmien syntymisen, mikä puolestaan tukisi asiakkaan kuntoutumisprosessia. Tarkoituksemme ei ole korvata fysioterapeutin työtä tietotekniikalla, vaan se toimisi osana fysioterapiaprosessia edistäen ja kannustaen asiakasta omatoimisessa terapeuttisessa harjoittelussa ja edistämisen kuntoutumista. Tietotekniikan käyttö helpottaisi ja lisäisi yhteydenpitoa asiakkaan ja fysioterapeutin välillä sekä toisi lisäarvoa sekä asiakassuhteelle että fysioterapiapalvelulle.

Viestintäteknologia on käsitteenä hyvin laaja. Sen alle kuuluu monipuolisia teknisiä sovelluksia ja järjestelmiä, kuten atk-laitteet ja ohjelmistot, digitaalinen lähetystekniikka ja esimerkiksi tietoliikennetekniikkaa hyödyntävä matkapuhelin ja tietoverkkoja käyttävä internet. (Selwyn 2004: 346–347.) Viestintäteknologialla viittaamme työssämme sellaisiin teknologiaratkaisuihin tai sovelluksiin, jotka mahdollistavat kaksisuuntaisesti tapahtuvan yhteydenpidon asiakkaan ja fysioterapeutin välillä. Näitä ovat muun muassa videoneuvottelu, internet-pohjaiset ohjelmat, erilaiset mobiilisovellukset sekä eri viestintäkanavia käyttävät kommunikaatoratkaisut kuten sähköposti sekä äänen ja kuvan sisältävät pikaviestiohjelmat kuten Skype (Skype n.d.). Näistä esimerkiksi videoneuvotteluteknikka tai Skype mahdollistavat reaaliaikaisen seurannan tai etäohjauksen.

Tässä luvussa esittelemme viestintäteknologian avulla toteutettuja hankkeita ja palveluita, jotka voisivat olla sovellettavissa myös työikäisten fysioterapia-asiakkaiden omatoimisen harjoittelun ohjauksessa.

### 6.1 Viestintäteknologia terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi

Hyvinvoinnin seuraaminen ja arvioiminen koetaan tärkeäksi, koska työn ja vapaa-ajan kuormittavuus on lisääntynyt ja rajapinta työ- ja vapaa-ajan välillä on kaventunut (Nygård – Eskola – Hyttinen – Savinainen 2007: 10). Verkossa toimii lukuisia sekä ilmaisia että maksullisia sähköisiä valmennusohjelmia ja sovelluksia, jotka auttavat elämänta-

pojen muutoksessa tai motivoivat liikkumaan. Useat sovellukset toimivat myös mobiiliversioina. Älypuhelimiin on saatavilla esimerkiksi erilaisia terveyttä ja hyvinvointia edistäviä, muun muassa kivun hoitoon tarkoitettuja sovelluksia (Rosser – Eccleston 2011: 308–312). Mobiiliteknologiaa on hyödynnetty myös terveyskäyttäytymiseen liittyvissä tutkimuksissa kuten painonhallinnan, liikunnan ja ravinnon seurannassa (Kankaanranta – Neittaanmäki – Nousiainen 2013: 29).

Erilaiset sähköiset palvelualustat, kuten UKK Terveyspalvelut Oy:n tuottama Terveysverkko-palvelu, Hyvis.fi ja Taltioni ovat yksittäisiä esimerkkejä kansanterveyden edistämisestä ja yksilöiden ohjaamisesta aktiivisiksi toimijoiksi. Verkkosivut tarjoavat tietoa terveydestä ja hyvinvoinnista ja auttavat henkilökohtaisen muutoksen saavuttamisessa ja seurannassa. (UKKterveysverkko n.d.; Hyvis.fi 2012; Taltioni n.d.)

UKK Terveyspalveluiden Terveysverkko on internetissä asiakkaan ja valmentajan yhdistävä palvelu. Valmennusprosessissa hyödynnetään asiakkaan kunto- ja terveyskartoituksista sekä laboratoriokokeista saamia tuloksia. Valmentajan laatiman henkilökohtaisen liikuntasuunnitelman seuraaminen tapahtuu internet-pohjaisen liikuntapäiväkirjan avulla, jota valmentaja kommentoi säännöllisesti. (UKKterveyspalvelut n.d.)

Omahoitopalvelualusta Taltioni on Sitran hanke ja verrattavissa UKK Terveyspalveluiden Terveysverkkoon, mutta se mahdollistaa yksilöllisemmän terveyden ja hyvinvoinnin seurannan. Taltionin tarjoaman palvelun avulla tieto on myös jaettavissa, jolloin läheisen hyvinvoinnin seuraaminen ja tukeminen on myös mahdollista. Terveystilille tallennetut tiedot voivat olla joko itse täytettyjä tai terveydenhuollon ammattilaisen täyttämiä. Tilille koottua tietoa voivat olla esimerkiksi laboratoriotulokset sekä tiedot ravinnosta ja liikunnasta. Tilille tallennettu tieto on jaettavissa eri palveluiden kesken, jolloin kokonaisvaltaisuuden luominen ihmisen hyvinvoinnista on helpompaa. Palvelualustalle tallennettu tieto on käytettävissä eri laitteilla ja käyttöliittymillä ajasta ja paikasta riippumatta. (Taltioni n.d.)

Sähköiset palvelualustat kuten UKK Terveyspalveluiden terveysverkko ja Taltioni ovat hyviä esimerkkejä siitä, miten teknologiaa hyödyntämällä asiakasta yritetään palvella kokonaisvaltaisesti sekä kannustaa terveyden ja hyvinvoinnin seuraamiseen. Vastavanlaisia sähköisiä palvelualustoja voitaisiin hyödyntää myös fysioterapian alueella.

## 6.2 Etäkuntoutus - viestintäteknologia osana perinteistä fysioterapia- ja kuntoutuspalvelua

Viestintäteknologian käyttö kuntoutuspalveluiden tuottamisessa on lähtenyt tarpeesta tarjota kuntoutuspalveluita pitkien etäisyyksien päässä asuville (Theodoros – Russel 2008: 191; Vesterinen 2010: 13). Maantieteellisesti Suomen ajattelisi olevan tämän kehityksen kärkimaita, mutta kuntoutusta, jossa terapeutti ja kuntoutettava ovat eri paikoissa kuntoutuksen aikana, tiedetään harjoitettavan vain muutamassa yksityisessä palvelukeskuksessa ja vieläköän toiminnalle ei ole vakiintunutta konseptia (Karppi 2013: 52). Yksi syy tähän voi olla, että kuntoutus ja fysioterapia nähdään vielä yleisesti perinteisenä, käsien ja kosketuksen kautta tapahtuvana terapiana (Theodoros – Russell 2008: 193). Myös kotimaisia artikkeleita ja tutkimuksia aiheesta on julkaistu vähän (Karppi 2013: 52).

Etäkuntoutus on yksi esimerkki viestintäteknologian mahdollistamasta fysioterapia- ja kuntoutuspalvelusta. Etäkuntoutus tarkoittaa tietotekniikan avulla toteutettuja kuntoutuspalveluita. Kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetty termi ”*telerehabilitation*” (etäkuntoutus) on varsin laaja ja sillä voidaan viitata erilaisiin teknologisiin ratkaisuihin aina tietokonepeleistä sähköiseen tiedonsiirtoon (Vesterinen 2010: 13; Karppi 2013: 52). Yleisesti etäkuntoutuksessa käytetyt teknologiat voidaan luokitella seuraavasti: 1) audiovisuaalinen tekniikka (videoneuvottelu), 2) asentoa ja liikettä aistiva sekä kosketukseen perustuva teknologia ja 3) virtuaaliseen ympäristöön ja virtuaalitodellisuuteen perustuva teknologia (Theodoros – Russel 2008: 193–196; Russel 2007: 218–219; Vesterinen 2010: 13). Palaamme näihin teknologioihin esimerkkien avulla seuraavassa luvussa, jossa kerromme harjoittelun ohjauksessa käytetyistä teknologiaratkaisuista.

Etäkuntoutuksella voidaan päästä samoihin klinisiin tuloksiin kuin perinteisellä kuntoutusohjelmalla. Tutkimukset osoittavat etäkuntoutuksen myös herättäneen tyytyväisyyttä niin terapeuttien kuin kuntoutujien keskuudessa. Etäyhteyden on osoitettu olevan myös luotettava menetelmä fysioterapeuttisen tutkimuksen tekemisessä, esimerkiksi kyynärpään tutkimisessa. (Kairy – Lehoux – Vincent – Visintin 2009: 427–447; Lai – Woo – Hui – Chan 2004: 199–205; Russel – Buttrum – Wootton – Jull 2003: 44–47; Lade – McKenzie – Steele – Russel 2012: 413–418; Russell – Buttrum – Wootton – Jull 2004: 85–87; Kairy ym. 2009: 445; Vesterinen 2010: 19.) Fysioterapeuttisen etäkuntoutuksen nähtiin olevan polven tekonivelen kuntoutuksessa tehokas keino ylläpitää polven liikkuvuutta, parantaa tasapainoa ja lihasvoimaa sekä toiminnallista suoriutumista, kuten



kävelyä. Kliiniset tulokset parantuivat kaikilla etäkuntoutukseen osallistuneilla. Etäkuntoutuksen todettiin olevan polven tekonivelen kuntoutuksessa realistinen vaihtoehto potilaille, jotka kotiutetaan nopeasti akuutista sairaalahoidosta. (Tousignant – Boissy – Corriveau – Moffet – Cabana 2009: 9–16.)

Vaikka etäkuntoutuksessa käytetyistä teknologiasovelluksista on tehty onnistuneita tutkimuksia, vakuuttava näyttö käytettyjen menetelmien hyödyistä ja vaikutuksista osana perinteistä kuntoutusohjelmaa on vielä vähäistä. Laadukkaita tutkimuksia, jotka tarkastelevat etäkuntoutusta osana potilaan rutiinihoitoa tarvitaan lisää. (Hailey – Roine – Ohinmaa – Denner 2010: 21.)

Muihin etäterveydenhuollon alueisiin verrattuna etäkuntoutuksella on lyhyt historia (Theodoros – Russel 2008: 193). Sen sijaan terveydenhuollossa etäterveydenhuollon sovelluksia ja ratkaisuja on hyödynnetty jo pitkään. Etäterveydenhuollossa hyödynnetään tietoliikennetekniikkaa lääketieteellisen tiedon ja palvelun tarjoamiseksi. Tällaiseksi voidaan katsoa esimerkiksi tiedon jakaminen www-sivuston kautta sekä interaktiivisesti toteutetut asiantuntijapalvelut terveydenhuollon ammattilaisten välillä tai terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden kesken. (Forsström – Närvänen 2009: 7–9.) Hyvä esimerkki edistyneestä teknologian käytöstä suomalaisessa terveydenhuollossa on Telestroke-järjestelmä. Telestroke-järjestelmä perustuu videoyhteyteen ja sen ansiosta aivoinfarktien liuotushoitoihin perehtyneen lääkärin osaaminen saadaan paikkakunnille, joissa neurologipäivystystä ei ole. Telestroke-järjestelmän käyttö on pilottivaiheen (vuodet 2006–2008) jälkeen vakiintunut. (Sairanen – Tatlisumak 2012: 116–118.) Samanlainen järjestelmä saattaisi toimia myös fysioterapeuttien kesken. Osaamista ja tieto-taitoa voitaisiin jakaa kollegoiden välillä. Tämä varmistaisi sen, että asiakkaat saavat tasavertaista hoitoa asuinpaikasta riippumatta.

Suomessa työikäisten kuntoutuksessa tai fysioterapiassa viestintäteknologian mahdollistamia edistyksellisiä teknologiaratkaisuja ei tietääksemme käytetä. Henkilökohtaisten harjoitusohjelmien tekemisen tueksi fysioterapeuteille ja liikunta-alan ammattilaisille on olemassa verkossa toimivia ohjelmia kuten PhysioTools, Physiofile ja PTStudio (PhysioTools n.d.; Physiofile n.d.; PTStudio.com n.d.). Näistä esimerkiksi Physiotools on maailmanlaajuinen ja sitä käyttävät laajasti sekä yksityinen että julkinen sektori. Käsitksemme mukaan näiden ohjelmistojen ominaisuudet eivät tue fysioterapeutin ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta, kuten helppokäyttöistä ja selkeää harjoitteiden toteutumisen seuraamista. Ikääntyneille sen sijaan on kehitetty teknologiapainotteisia hank-

keita ja palveluita, joissa hyödynnetään nykYTEknologian tuomia mahdollisuuksia (Määtänen 2012: 10–11; Mäki 2011: 5–86).

### 6.3 Harjoittelun ohjauksessa käytettyjä teknologiaratkaisuja

Tässä luvussa tuomme esille erilaisia teknologiaratkaisuja, joiden käytettävyyttä on tutkittu fysioterapia- ja kuntoutuspalveluiden toteuttamisessa. Esille tuomamme tietotekniset sovellukset on valittu motivaation näkökulmasta. Mielestämme tällaiset sovellukset tukisivat asiakkaan seurantaa ja ylläpitäisivät asiakkaan motivaatiota omatoimisen terapeuttisen harjoittelun edetessä.

#### 6.3.1 Videoneuvottelu

Etäkuntoutus liitetään vahvasti audiovisuaaliseen, videoyhteyden avulla toteutettavaan kuntoutustoimintaan, koska videoyhteyttä on käytetty alusta alkaen etäkuntoutuksessa (Vesterinen 2010: 13). Suurin osa läpikäydyistä tutkimuksista ja kirjallisuudesta käsittelevät etäkuntoutuksen tuottamista lähinnä videoneuvottelutekniikkaan perustuen, vaikka etäkuntoutukseksi katsotaan myös muut teknologian avulla etäälle tuotetut kuntoutusmuodot (Vesterinen 2010: 13).

Videoneuvottelutekniikan käyttö fysioterapiassa alkoi kehittyä 1993 Havaijilla armeijan lääkärikeskuksessa fysioterapiakonsultaatioiden yhteydessä. Maailmalla videoneuvottelutekniikkaa on testattu esimerkiksi kävelyn arvioinnissa, olkapäävammojen ja -kivun hoidossa, aivohalvauspotilaiden akuutti- ja kroonisen vaiheen kuntoutuksessa sekä selkäydinvammaisten, että sydänpotilaiden kuntoutuspalveluissa. (Russell – Jull – Wootton 2003: 48–51; Vesterinen 2010: 13–14; Elliott – Chapman – Clark 2007: 36; Russel 2007: 218.)

Suomessa videoneuvottelutekniikkaa käytetään esimerkiksi Helsingissä vanhustenkeskus Kustaankartanossa, jossa kuntoutusosastolta kotiutuneille asiakkaille tarjotaan jatkokuntoutusta videoneuvottelupalvelun avulla. Kuntoutujille annetaan kotiin kosketusnäyttöllinen tietokone, mikrofoni ja kamera sekä avataan tietoliikenneyhteys. Kustaankartanossa interaktiivinen videoneuvottelupalvelu on otettu käyttöön vuonna 2008 ja käyttäjäkokemukset ovat olleet fysioterapeutti (YAMK), Katri Auranteen mukaan erittäin positiivisia. Kuntoutujat arvostavat mahdollisuutta säännölliseen fyysiseen harjoit-

teluun, ajatusten vaihtoon ja uudenlaiseen sosiaaliseen kanssakäymiseen. Tekniikkaa pidetään helppokäyttöisenä. Asiakkailla on mahdollisuus osallistua joka arkipäivä sekä fysioterapia- että keskusteluryhmään, olla kahdenkeskisessä kuvapuhelinyhteydessä palvelun työntekijöihin (fysioterapeutti ja sairaanhoitaja) tai toisiin osallistujiin ja saada henkilökohtaista ravitsemusohjausta. Interaktiivinen palvelu vähentää samalla yksinäisyyden tunnetta, luo turvallisuuden tunnetta sekä lisää yhteisöllisyyttä. (Auranne 2013.)

Muita Suomessa ikääntyneille suunnattuja videoneuvottelutekniikkaa hyödyntäviä hankkeita ovat esimerkiksi VIRTU-kanava, HyvinvointiTV ja Kaunialan Sairaalassa toteutettu IHME-hanke (Virtu 2011; HyvinvointiTV n.d.; Sarén 2010: 17–18). Kuntoutus Ortonissa Helsingissä teetettiin kokeilu, jossa arvioitiin reaaliaikaisesti tapahtuvaa kotikuntoutusta Sotainvalidien Veljesliiton jäsenille. Kuntoutujien käyttökokemukset olivat positiivisia ja he kokivat toiminnan samalla virkistäväksi ja yhteisölliseksi. (Määttänen 2012: 10–11.)

Videoneuvottelutekniikkaa kokeiltiin myös Kainuussa toteutetussa Kotihoitoa tukevat etäpalvelut -hankkeessa vuosina 2006–2008, jossa tuettiin lonkan tekonivelleikkauspotilaiden omahoitoa etäpalvelun avulla (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän palvelut 2011). Etäpalvelu sisälsi videoidut omahoito-ohjelmat ja proteesihoitajan preoperatiivisen ohjauksen Skypeä hyödyntäen. Pilotti osoitti, että etäpalvelu ja internet-portaalissa olevat omahoito-ohjelmat motivoivat säännölliseen alaraajojen lihaskunnan harjoittamiseen pre- ja postoperatiivisessa vaiheessa. (Eklund – Juntunen – Karhu 2008.)

Videoneuvottelun käyttöä on tutkittu polven tekonivelleikkauspotilaiden poliklinisessa kuntoutuksessa. Osallistujat satunnaistettiin poliklinikalla toteutettuun perinteiseen, kasvokkain tapahtuvaan fysioterapiaryhmään ja videoneuvottelutekniikkaa käyttävään etäkuntoutusryhmään. Kuuden viikon aikana etäkuntoutusryhmä tavoitti samanlaiset fyysiset ja toiminnalliset tavoitteet kuin perinteistä fysioterapiaa saanut ryhmä. (Russell ym. 2003: 44–47.)

Videoneuvotteluratkaisuja tuottavia yrityksiä näyttää internethaun mukaan olevan runsaasti. Ilmaisohjelma Skypen käyttöä terveydenhuollon tarjoamisessa on tutkittu vähän ja laadukkaita tutkimuksia ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia tarvitaan lisää. Skypen käytettävyydestä potilaiden hoidossa ei ole varmaa näyttöä puolesta eikä vastaan. Näin ollen terveydenhuollon palvelun tarjoajien, potilaiden ja vakuutusyhtiöiden on vai-

kea arvioida Skypen tuomia riskejä ja etuja potilaiden hoidossa. (Armfield – Gray – Smith 2012: 125–127.) Skype on yksi hyvä esimerkki edullisesta ja olemassa olevasta sovelluksesta, jota voitaisiin hyödyntää asiakkaan omatoimisen harjoittelun tukena myös fysioterapiassa.

### 6.3.2 Mobiiliteknologia

Tekes-rahoitteisessa Arjen mobiilipalvelut -hankkeessa vuosina 2009–2012 kehitettiin erilaisia kuntoutusta tukevia sovelluksia kuten polvikuntoutussovellus, taukojumppasovellus ja kotiharjoittelua tukeva sydänkuntoutussovellus. Polvikuntoutussovellus on tarkoitettu itsenäisen harjoittelun tukemiseen polven nivelrikosta kärsiville. Taukojumppasovellus tähtäsi työhyvinvoinnin edistämiseen. Lisäksi hankkeeseen kuului mobiilina toimivan kuntovalmennusohjelman kehittäminen Firstbeat Technologies Oy:n ylläpitämän, jo aiemmin web-versiona toimineen kuntovalmentajasovelluksen tueksi. (Kankaanranta ym. 2013: 29–36.) Polvikuntoutukseen keskittyvän sovelluksen käyttökokemuksia tutkittiin polven lievästä nivelrikosta kärsivillä henkilöillä, joiden keski-ikä oli 60 vuotta. Sovellus on muokattavissa myös muuhun kuntoutustarpeeseen harjoitteita muuttamalla ja se soveltuu monen ikäisille. (Kuoremäki 2013.)

Polvikuntoutussovelluksessa kuntoutuja voi tehdä harjoitusohjelman oman aikataulunsa mukaan. Tehtävät harjoitukset näkyvät sovelluksessa videona, kuvana ja puheohjeena. Harjoitusohjelman tehtyään kuntoutuja kirjaa suorituksensa sovellukseen ja täyttää tiedot harjoituksen rasittavuudesta, arvion suoritetusta harjoituksen määrästä, psyykkisestä vireestä ja kiputuntemuksesta. Sovellusta voi käyttää myös muun liikuntaaktiivisuuden kirjaamisessa. Sovelluksessa on myös muistutusjärjestelmä ja kalenteri, joka näyttää toteutuneet harjoitukset ja jonka avulla voi seurata omaa edistymistään. (Kankaanranta ym. 2013: 30.)

Sovelluksen tavoitteena on motivoida harjoitusohjelman suorittamiseen ja vaikuttaa kuntoutusprosessin tehokkuuteen (Kankaanranta ym. 2013: 31). Fysioterapeutti voi web-käyttöliittymän avulla nähdä asiakkaan mobiilisovellukseensa kirjaamat harjoitteet (Kuoremäki 2013).

Fysioterapian asiantuntijoiden mielestä harjoitteiden seuraaminen motivoi kuntoutujaa. Asiakkaan kirjaamien harjoitteiden näkemisen ajateltiin helpottavan ja nopeuttavan fysioterapeutin työtä sekä edistävän asiakassuhdetta. Osallistujat suhtautuivat myös

myönteisesti harjoitusohjelmien toteuttamiseen sekä kirjaamiseen ja olivat tyytyväisiä käytettävyyteen. (Kankaanranta ym. 2013: 32; Kuoremäki 2013.) Polvikuntoutussovellus ei ole parhaillaan vakiintuneessa käytössä. Sen jatkokehittelyä ja liiketoimintamahdollisuuksia kartoitetaan Jyväskylän yliopistolla. (Kuoremäki 2013.)

### 6.3.3 Virtuaalitekniikka

Yhteys terapeutin ja kuntoutujan välille voidaan muodostaa myös erilaisten tietokonepohjaisten ohjelmien, sensoreiden ja henkilökohtaisten digitaalisten avustajien sekä robottien avulla, jolloin voidaan puhua virtuaalikuntoutuksesta. (Karppi 2011: 16; McCue – Fairman – Pramuka 2010: 198; Winters 2002: 304.) Virtuaaliin kuntoutusympäristöihin perustuvia ohjelmia on maailmalla käytetty laajasti, muun muassa ortopedisessä ja neurologisessa kuntoutuksessa (Winters 2002: 305). Niiden tarkoituksena on tuottaa haluttu liike kolmiulotteista virtuaaliympäristöä hyödyntäen (Russel 2007: 218–219).

Kuntoutujan kokemus virtuaalimaailmasta määräytyy tekniikan mukaan. Se voi olla esimerkiksi yksinkertainen tietokoneen ruudulla näkyvä sovellus, kuten peli, joka kehittää yläraajojen liikkuvuutta kuntoutujan siirrellessä tai seuratta kädellään ruudulla liikkuvia objekteja. Monimutkaisempi ja mukaansatempaava teknologiaratkaisu on virtuaalikypäräteknologian avulla toteutettu kolmiulotteinen interaktiivinen virtuaalimaailma ja haptista palautetta antavat laitteet. Haptisen, eli kosketukseen perustuvan teknologian avulla voidaan esimerkiksi kuntoutujan kädessä olevaan haptiseen hanskaan tuottaa liikettä vastustavaa voimaa. (Theodoros – Russel 2008: 194; Russel 2007: 218–219; Gordejiev 2012: 21–23; McCue ym. 2010: 199.)

Virtuaalimaailmaan perustuvaa kuntoutusta on toteutettu myös reaaliaikaisen videoneuvottelun välityksellä kotona sijaitsevan potilaan ja toisaalla olevan terapeutin välillä. Tulokset ovat olleet positiivisia. (Russel 2007: 219.) Virtuaalikuntoutuksen puolestapuhujien haasteena on pystyä perustelemaan virtuaalikuntoutuksen edut verrattuna aitoon ympäristöön, jossa kuntoutujan on muutenkin toimittava (Winters 2002: 305).

## 7 Opinnäytetyön menetelmät

### 7.1 Työelämäyhteistyökumppanin kuvaus

Opinnäytetyömme tutkimusryhmä koostui suomalaisessa terveys- ja hyvinvointipalveluita tarjoavassa yrityksessä ammatinharjoittajina työskentelevistä fysioterapeuteista, joista osa työskentelee työfysioterapeutteina. Työelämän yhteistyökumppaniksi valitsimme Diacor terveysterveystoimintaa Oy:n, joka on pääkaupunkiseudulla toimiva yritys. Se tuottaa terveyden- ja sairaanhoidon palveluita ja tarjoaa palveluja sekä yritys- että yksityisasiakkaille. Diacorin suurin liiketoiminta-alue on työterveys. Työterveyspalveluita täydentävät työhyvinvointipalvelut sekä työterveyskuntoutus. Diacorilla on visio, jonka mukaan se haluaa olla terveysterveystoimintojen suomalainen suunnannäyttäjä, joka tuottaa erinomaista asiakaspalvelua ja uudistaa palveluitaan asiakaslähtöisesti. (Diacor n.d.)

### 7.2 Tutkimusaineiston kerääminen

Keräsimme tutkimusaineiston yksilöhaastatteluilla. Kyseessä oli teemahaastattelu, jossa tukeuduimme laatimaamme haastattelurunkoon. Sen sisältö on Liitteessä 1. Teimme aluksi kaksi koehaastattelua henkilöille, joiden tiesimme käyttäneen sähköisiä välineitä omatoimisen terapeuttisen harjoittelun ohjauksessa.

Varsinaisia tutkimukseen mukaan otettuja haastateltavia oli viisi, mikä oli ennalta soittamamme vähimmäismäärä. Tämän katsoimme olevan riittävä määrä vastaamaan tutkimuskysymykseemme, kun tarkoituksemme ei ollut tehdä yleistyksiä vaan kuvata ilmiötä. Haastattelukutsussa selvitimme opinnäytetyön aiheen ja rajaukset. Tällä pyrimme varmistamaan, että saamme haastateltavien avulla tutkimuskysymyksiin vastauksia. Kriteerinä pidimme sitä, että henkilö ohjaa työssään omatoimista terapeuttista harjoittelua työikäisille. Lisäksi tavoitteenamme oli, että mukana on sekä työfysioterapeutteja että fysioterapeutteja. Oletuksemme oli, että heidän asiakaskuntansa, näkökulmansa ja työtapansa poikkeavat jonkun verran toisistaan.

Haastateltavien anonymiuden säilytimme siten, että yleisen kutsun haastatteluun lähetti yrityksen edustaja, mutta haastateltavat ilmoittautuivat yhdelle opinnäytetyön tekijälle ja sopivat haastattelusta suoraan hänen kanssaan. Nauhoitimme haastattelut ja litteroimme ne ilman nimien mainitsemista. Hävitimme nauhoitukset litteroinnin ja ana-

lysoinnin jälkeen. Emme toimittaneet työelämäkumppanille tietoja yksittäisistä haastatteluista tai haastateltavista.

Vaikka opinnäytetyö kohdistui ihmisten henkilökohtaiseen toimintaan, oli riittävää, että sovimme tutkimuksesta työelämän yhteistyökumppanin kanssa. Kävimme haastattelun sisällön läpi heidän edustajansa kanssa. Erillistä tutkimuslupaa ei tarvittu, koska emme haastatelleet fysioterapia-asiakkaita eikä haastattelu sisältänyt arkaluontoisia asioita. Jokaisen yksittäisen haastateltavan kohdalla saimme tutkimussuostumuksen sähköpostilla haastateltavalta. Liitteessä 2 näkyy tutkimuksen esittelyn ja tutkimussuostumuksen pyynnön sisältävän sähköpostin sisältö.

### 7.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineiston sisällönanalyysin teimme aineistolähtöisesti (Tuomi – Sarajärvi 2009: 101–103, 109.) Ensimmäisessä vaiheessa, kunkin haastattelun litteroinnin jälkeen, kävimme haastattelut läpi poimien ja pelkistäen niistä olennaiset lauseet ilman tarkkaa peilaamista tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen kävimme tämän poimitun aineiston läpi ottaen mukaan vain tutkimuskysymysten kannalta merkitykselliset kohdat, jotka sitten ryhmittelimme samalla hakien yhteneväisyyksiä ja erilaisuuksia haastateltavien puheesta. Ryhmittelyä teimme käyttäen taustalla työn teoriaosuudessa kuvattua HAPA-mallia (terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessinäkökulma). Lopuksi peilasimme luokiteltua aineistoa kirjallisuuskatsauksessa esittämiimme käytäntöihin eli tarkastelimme näkykö teoria käytännön työssä. Jäsentelimme tämän tarkastelun tulokset ja raporttoimme ne opinnäytetyössä.

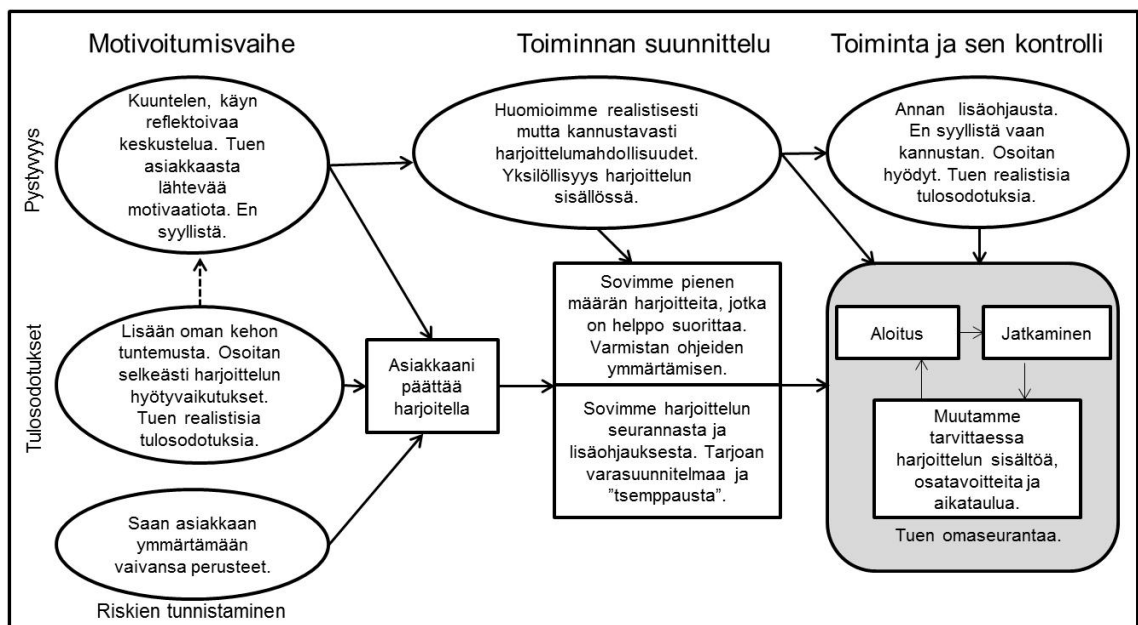
## 8 Tulokset

Haastattelimme opinnäytetyötämme varten viittä Diacorissa ammatinharjoittajana työskentelevää fysioterapeuttia. Heistä kaksi toimi työfysioterapeutteina ja yksi OMT-fysioterapeuttina. Haastatelluista yksi oli mies ja loput naisia. Haastatellut olivat iältään 45–55-vuotiaita keskiarvon ollessa 48 vuotta. Työkokemusvuosia haastatelluilla oli kertynyt keskimäärin reilun 18 vuoden ajalta vaihteluvälillä 9–27 vuotta.

Seuraavissa kappaleissa esitämme haastatteluissa esille tulleet motivointikeinot HAPA-mallin jaottelun mukaisesti ryhmiteltynä. Sen jälkeen tarkastelemme haastateltavien kokemuksia motivointikeinojen toimivuudesta. Lopuksi esitämme haastatteluissa esille tulleet kokemukset ja näkemykset viestintäteknologian käytöstä asiakkaan harjoittelun tukena.

### 8.1 Käytössä olevat motivointikeinot

Haastateltavien esille tuomat motivointikeinot esitetään tässä luvussa ryhmiteltynä HAPA-mallin mukaisesti. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 3) on kiteytettynä haastatteluissa esille tulleita, fysioterapeuttien käyttämiä keinoja HAPA-mallin mukaisesti jaoteltuna.



Kuvio 3. Haastatteluissa esille tulleita motivointikeinoja luokiteltuna ja HAPA-mallin mukaisesti jaoteltuna (sovellettu Schwarzer 2011: 4, 5)



Tämä terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalli on esitelty tarkemmin tämän opinnäytetyön teoriaosuudessa. HAPA-malli jakaa käyttäytymisen muutosprosessin aikomuksen muodostamiseen eli motivoitumisvaiheeseen, toiminnan suunnitteluun ja toimintaan. Aikomuksen muodostamisessa keskeisenä ovat asiakkaan tulosodotukset ja eri käyttäytymisvaihtoehtojen riskien tunnistaminen eli muiden muassa harjoitteluun ryhtymisen etujen ja haittojen pohdinta. Osittain näiden tekijöiden sekä asiakkaan persoonallisuuden, kokemusten ja elämäntilanteen pohjalta hänelle muotoutuu pystyvyyden tunne, joka kantaa läpi koko fysioterapia- ja harjoitteluprosessin kehittäen ja ylläpitäen harjoittelumotivaatiota ja uskoa kykyyn selviytyä vastoinikäymisistä. Ennen harjoittelun aloittamista fysioterapeutti ja asiakas paitsi suunnittelevat harjoittelun konkreettisen toteutuksen myös käyvät vielä läpi esteitä ja resursseja ja miettivät selviytymiskeinoja. Harjoittelun toteuttamiseen kuuluu toiminnan kontrolli, koska käyttäytymisen muutos ei yleensä rulla tasaisesti omalla painollaan.

Taulukossa 1 on esitetty yhteenveto motivoitumisvaiheeseen kohdentuvista motivointikeinoista, taulukossa 2 toimintasuunnitelmaan ja selviytymiskeinojen suunnitteluun liittyvät motivointimahdollisuudet sekä taulukossa 3 itse toimintaan ja toiminnan kontrolliin liittyvät motivointikeinot niiltä osin kuin ne poikkeavat taulukossa 2 esitetyistä.

Motivoitumisvaiheessa (Taulukko 1) pystyvyyden tunteeseen vaikuttavina keinoina näimme ennen muuta vuorovaikutuksessa ilmenevät seikat kuten aito läsnäolo, asiakkaan kunnioittava kohtelu, kysely ja kuunteleminen. Toisaalta haastatteluissa tuotiin myös esille kuuntelun vastapainona runsas puhe: havainnoista kertominen ja tiedon antaminen vaivojen perusteista ja harjoittelun merkityksestä. Schwarzerin mukaan tulosodotukset ovat keskeisiä pystyvyyden tunteen muodostamisessa. Kaikki haastateltavat toivatkin esille harjoittelun perustelun jopa tutkimustiedon avulla, mutta eivät juuri tuoneet esille panostusta konkreettisten tavoitteiden määrittelyyn. On mahdollista, että tämä kuvaa sitä, että haastateltavat pitivät itsestään selvänä tavoitteiden määrittelyä, kuten kivun poistamista tai tietyn tyyppisen toimintakyvyn palauttamista.

Uskomme, että kun asiakas oppii ymmärtämään oman kehonsa toimintaa ja huomaa asioiden loogisuuden, kasvaa hänellä myös usko siihen, että hän pystyy itse vaikuttamaan omaan kehoonsa. Joissain tapauksissa jo itsessään harjoitteen tekeminen parantaa asiakkaan oloa niin, että se riittää motivaation lähteeksi. Eli vaikka haastatelta-

vat eivät konkreettisesti puhuneet pystyvyyden tunteen kasvattamisesta, monet heidän mainitsemistaan toimintatavoista tukivat pystyvyyden tunteen lisääntymistä.

Yksilöllisyys ja ihmisten erilaisuus tuntuivat olevan keskeisenä huomioitavana seikkana etenkin fysioterapiasuhteen alussa. Esille nostettiin sellaiset seikat kuin tilanteen aistiminen, asiakkaan haastattelu ja kuuntelu, asiakkaan taustan selvittäminen, asiakkaan kunnioittaminen, kognitiivisten taitojen huomioiminen ja asiakkaan oman motivaation lähteen esille kaivaminen. Yksilöllinen liikunnallisen aktiivisuuden tason merkitys tuntui painottuvan: liikunnallisesti aktiivisten on esimerkiksi helpompaa ottaa uusia harjoitteita nykyiseen harjoitteluunsa tai keskittyä pelkästään liikkeiden laatuun kuin vähemmän aktiivisten, joille saattaa sairaushistoriasta, kivusta tai elämäntilanteesta johtuen tulla harjoitteluun ryhtymistä harkitessa jopa lamaantumisen tunne.

Taulukko 1. Yhteenveto motivoitumisvaiheeseen kohdentuvista motivointikeinoista.

HAPAn osa	Alaluokka	Haastateltavien ilmauksia pelkistettynä
Pystyvyys	Asiakkaan kuuntelu ja refleктоiva keskustelu sekä maltillisuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aistittava tilanne ja asiakas, joskus on syytä hillitä omaa innostustaan</li> <li>• Ihmisen kanssa koko ajan oleminen tässä ja nyt</li> <li>• Asiakkaan kunnioittaminen (ei saa kuvitella tietävänsä/tuntevansa asiakkaan)</li> <li>• Yrittää saada selville asiakkaan valmiustason</li> <li>• Kyselee paljon asiakkaalta nykyisestä ja aiemmasta liikunta-aktiivisuudesta</li> <li>• Aloituskynnys matalaksi, pieniä asioita tehtäväksi toisin</li> </ul>
	Asiakkaan oman kehonsa tuntemuksen lisääminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tärkeää puhua koko ajan asiakkaan kanssa, kun tutkii, kertoa mitä tekee, mitä katsoo, mistä voisi olla vaivassa kyse</li> <li>• Käsien ohjaus on todella tärkeää, se että ohjaa ihmiset itse tunnistamaan kyseiset lihakset</li> </ul>
Pystyvyys ja tulosodotukset	Asiakkaasta lähtevän motivaation tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haastattelu ja kuunteleminen</li> <li>• Kaivaa esiin asiakkaan oman motivaation lähteen ja tavoitteen esiin</li> <li>• Muistettava, että motivaatio lähtee asiakkaasta itsestään, joskus hillittävä omaa innostusta</li> <li>• Asiakkaan omat lähtökohdat ja päämäärät esim. oma laji jota haluaa treenata</li> <li>• Haisteltava, mistä asiakas on kiinnostunut ja mikä häntä motivoi, ihmiset ovat erilaisia</li> <li>• Korostaa asiakkaalle hänen omaa vastuutaan, asiakkaasta itsestään pitää löytyä halu päästä kuntoon</li> <li>• Yrittää luovia ja ohjailla asiakasta takaisin vanhan harrastuksen pariin</li> </ul>
	Hyötyvaikutusten osoittaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perustelee harjoitukset, perustelee tutkimuksilla ja aiemmalla omalla asiakaskokemuksella, että harjoitteella on vaikuttavuutta, on myös tieteellistä näyttöä</li> <li>• Kipua vähentävät harjoitteet, lihaksia rentouttavat tai muutoin hyvinolon tunnetta tuovat harjoitukset</li> <li>• Motivoi sen kautta, että ihmisellä on työn lisäksi vapaa-aikansa, jolloin tuskin haluaa olla kiipeä tai tuskin haluaa menettää yöuniaa esim. päänsäryn vuoksi</li> </ul>

	Realististen tulosodotusten tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Painottaa harjoittelun säännöllisyyttä</li> <li>• Painottaa asiakkaalle kärsivällisyyttä, että muutokset vaativat pitkän ajan</li> <li>• Rehellisyys, myös omien keinojen suhteen, ohjaa tarvittaessa OMT-fysioterapeutille tai takaisin lääkärille</li> </ul>
	Kannustaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jos asiakas on vastahankainen, niin pyrkii esim. tekemään sopimuksen, että kaksi viikkoa treenaa ja sen jälkeen kontrolli</li> </ul>
Tulosodotukset ja riskien tunnistaminen	Yksilöllisyys ja selkeys tiedon antamisen tavassa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiedon antamisessa esim. hyvät kuvat auttavat</li> <li>• Asiakkaan kognitiiviset taidot otettava huomioon</li> <li>• Vähiten hyötyä liian tieteellisistä ja monimutkaisista selityksistä</li> </ul>
	Saadaan asiakas ymmärtämään vaivansa perusteet ja harjoittelun vaikutukset	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pohjatyönä perusteellinen tutkimus, tärkeää puhua koko ajan asiakkaan kanssa, kun tutkii, kertoa mitä tekee, mitä katsoo, mistä voisi olla vaivassa kyse</li> <li>• Faktapohjainen vaikuttaminen, anatomisen ja fysiologisen taustan ja tilanteen läpikäynti</li> <li>• Pyrkii löytämään syitä ja antamaan selityksiä</li> <li>• Jos asiakkaalla ei näytä olevan motivaatiota, puhuu hyvinkin suoraan, mitä voi seurata</li> <li>• Kertoo/osoittaa väärän kuormittamisen ja kertoo miten sen voi korjata</li> <li>• Perustelee, miksi harjoitteet ovat tärkeitä</li> <li>• Kuntotesti on helppo ja valmis työkalu, antaa visuaalisen palautteen, joskus joutuu sen käyttöä perustelemaan</li> <li>• MDT: Selkärangan mekaniikan selittäminen, nivelten virheellisen kuormittumisen selittäminen, MDT on selkeä, konkreettinen, yksinkertainen menetelmä</li> </ul>

Fysioterapiaprosessin alussa, harjoitteluaikomuksen muodostamisessa näyttäisi siis korostuvan toisaalta kysely ja asiakkaan kuuntelu ja toisaalta tiedon antaminen. Vaikka edellä olevassa yhteenvedossa ei ehkä riittävästi tule esille, niin haastateltavien puheissa toistui erityisen paljon asiakkaiden yksilöllisyyden huomioiminen.

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 2) esitetään toimintasuunnitelmaan ja selviytymiskeinojen suunnitteluun kohdentuvia motivointikeinoja. Ylivoimaisesti suurin osa esitetyistä motivaatioon vaikuttavista keinoista ja ohjauksessa huomioitavista seikoista liittyikin toiminnan suunnitteluun.

Yksilöllisyys korostui tässäkin vaiheessa: fysioterapeutti yritti saada selville asiakkaalle mieluisan tavan tehdä harjoitteita, otti huomioon asiakkaan mahdollisuudet ja valmiuden harjoitteluun ja antoi asiakkaalle tunteen, että harjoitteluohjelma ja harjoitusohjeet on tehty juuri häntä varten. Yksi haastateltavista pyrki siihen, että asiakas itse sanoo, mitä harjoitteista hän tekee ja minkä verran. Katsommekin, että toiminnan suunnittelu vaikuttaa hyvin paljon pystyvyyden tunteeseen, sillä realistisesti ja yksilöllisesti tehty toimintasuunnitelma lisää henkilön uskoa mahdollisuuksiinsa ja onnistumiseensa toiminnan aloittamisessa ja ylläpitämisessä. Toisaalta haastateltavat korostivat asiakkailleen seikkoja, jotka auttavat asiakkaita pitämään jalat maassa eli he tukivat realistisia tulosodotuksia ja harjoittelun riittävän pitkän ja säännöllisen jatkamisen merkitystä.

Keskeisintä harjoittelun sisällön osalta tuntui olevan riittävän pienin askelin eteneminen, pieni määrä yksinkertaisia, helposti suoritettavia, mielellään arkitoimintoihin niveltettäviä harjoitteita selkeästi ja ymmärrettävästi ohjattuina. Haastateltavat tiedostivat harjoitteiden väärin ymmärtämisen riskin ja myös toivat esille asiakkaan kognitiivisten kykyjen huomioimisen ja harjoitteiden oppimisen varmistamisen ohjaustilanteissa.

Haastateltavien puheenvuoroista ilmeni, että annetuista ohjeista riippuen motivaatiota voitiin joko edistää tai tukahduttaa. Haastateltavat painottivat ohjeiden selkeyden ja yksinkertaisuuden rinnalla myös tapaa, jolla ohjeet annetaan. Kaikki haastateltavat antoivat asiakkaalleen kirjalliset harjoitusohjeet, osa sähköpostiin lähetettyinä asiakkaan niin halutessa. Kaksi henkilöä käytti harjoitusohjeissa myös videoita.

Vain kaksi haastateltavaa toi esille harjoituspäiväkirjan tai muun harjoittelun seurantaan tukevan välineen tarjoamista asiakkaalle. Harjoituspäiväkirja voi olla paperinen, Excel-tilukko tai internetissä käytettävä. Yksi haastateltava mielsi fyysisen harjoituspäiväkir-

jan tuovan liikaa paineita ja koki asiakkaiden joka tapauksessa pitävän mielessään harjoituspäiväkirjaa.

HAPA-mallin mukaisina selviytymiskeinojen suunnitteluun kuuluvina fysioterapeutin keinoina pidämme paitsi elämäntilanteen, valmiustason ja harjoitusmahdollisuuksien läpikäymisen ja niiden realistisen huomioimisen toiminnan suunnittelussa, myös jonkinlaisen varasuunnitelman tekemistä. Tämän tyyppisenä tuli haastatteluissa esille vain harjoitteiden supistaminen tarvittaessa. Lisäksi merkityksellisenä motivaatiota tukevana keinona tässä kategoriassa oli sopiminen seuraavasta tapaamisesta etenkin, jos asiakas tunsu tarvitsevänsä lisätukea tai -ohjausta harjoitteluunsa.

Jokainen haastattelemamme fysioterapeutti tuntui tiedostavan kontrollikäyntien merkityksen harjoittelumotivaatiolle, mutta niistä sopiminen ei kuulunut kaikkien rutiineihin. Ilmeisesti usein jää asiakkaan muistamisen ja oma-aloitteisuuden varaan, tuleeko hän seurantakäynnille. Kuitenkin toisaalta monet asiakkaat toivoivat Personal trainer -tyyppistä tukea fysioterapeutilta. Vain yksi haastatelluista kertoi joskus jalkautuvansa seuraamaan asiakkaan harjoittelua hänen omassa harjoittelupaikassaan tai lisäävänsä kontrollikäyntien määrää, jotta pystyisi antamaan omavalmentajan tyyppistä tukea. Yksi haastateltavista toi esille sen, että jos asiakas ei ole valmis maksamaan uudesta tapaamisesta, hän voi silti olla puhelimitse yhteydessä. Tällöin yhdessä mietitään pärjäämistä ilman uutta käyntiä.

Taulukko 2. Yhteenveto toimintasuunnitelmaan ja selviytymiskeinojen suunnitteluun kohdentuvista motivointikeinoista.

HAPAn osa	Alaluokka	Haastateltavien ilmauksia pelkistettynä
Pystyvyys	Asiakkaan kuuntelu ja refleктоiva keskustelu sekä maltillisuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aistittava tilanne ja asiakas, joskus on syytä hillitä omaa innostustaan</li> <li>Ihmisen kanssa koko ajan oleminen tässä ja nyt</li> <li>Asiakkaan kunnioittaminen (ei saa kuvitella tietävänsä/tuntevansa asiakkaan)</li> </ul>
	Kannustaminen ilman syyllistämistä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei syyllistä asiakasta, vaikka asiakas epäilee tuleeko harjoitteita tehtyä</li> <li>Korostaa, että on asiakkaan omassa intressissä saada selville, onko harjoitteista hänelle hyötyä, kun hän kerran fysioterapiaprosessiin aikaansa panostaa</li> </ul>
Pystyvyys ja toiminnan suunnittelu	Asiakkaasta lähtevän motivaation tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yrittää saada selville, mitä asiakas on valmis tekemään, tekeekö mieluummin pitkin päivää vähän vai haluaako tarkan ohjelman</li> <li>Ei määrää mitä harjoitteita asiakas tekee vaan pyrkii siihen että asiakas itse päättää mitä tekee</li> <li>Auttaa asiakasta löytämään oman tavan tehdä, se ei toimi että vain antaa ohjeita sanelutyylillä (toisia motivoi enemmän kuntosalille tai jumppaan meno kuin kotona harjoittelu)</li> </ul>
	Huomioidaan realistisesti mutta kannustavasti harjoittelumahdollisuudet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elämäntilanne, lähtökohdat ja mahdollisuudet harjoitella pitää huomioida</li> <li>Harjoittelun toteuttamisen tavoitteet oltava realistiset, ihminen voi lamaantua eikä tee mitään, jos harjoitusten toteuttaminen on epärealistista</li> <li>Kiireellisen ja täyden elämänrytmin ymmärtäminen ja huomioiminen</li> </ul>
	Riittävän vähäinen määrä yksinkertaisia, helposti suoritettavia harjoitteita	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oikein mitoitettu harjoitusten määrä (olennainen kolmessa liikkeessä)</li> <li>Harjoitteita voi olla yhteensä esim. kymmenen, mutta antaa alkuun kolme/neljä, jotka asiakas varmasti osaa / Jos ei ole liikunnallisesti aktiivinen, vain yksi tai kaksi liikettä</li> <li>Yksinkertaiset liikkeet, joissa ei tarvita välineitä eikä tarvitse mennä makuuasentoon</li> <li>Vähiten hyötyä liian haastavista harjoitteista, niissä myös väärin ymmärtämisen riski</li> <li>Arkitoimintoihin nivelletyt harjoitteet toimivat parhaiten</li> <li>Kysyy asiakkaalta, paljonko hän on valmis harjoittelemaan ja antaa huomattavasti vähemmän harjoitteita, jolloin asiakas tajuaa, kuinka pienilläkin teoilla on merkitystä</li> </ul>

	Harjoitteiden yksilöllisyys ja optimaalinen haastavuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tärkeää antaa harjoitteita asiakkaan valmiustason mukaan</li> <li>• Selvittää onko ollut aktiivinen harjoittelija, silloin paino on liikkeiden laadun ohjauksessa</li> <li>• Pienin askelin eteneminen, pieniä asioita muutettavaksi/tehtäväksi toisin</li> <li>• Aikataulutus progressiivisessa harjoittelussa</li> <li>• Kuntotesti: nähdään kehittämisen kohteet konkreettisella tavalla</li> <li>• Asiakkaalle tunne että ne ovat juuri minua varten ja joku on käyttänyt aikaa niiden tekemiseen</li> <li>• Huomioitava, että krooninen kipu voi sekoittaa asiakkaan tulkintaa siitä, mikä on hyödyksi ja mikä ei, tämä saattaa lamaannuttaa asiakkaan eikä hän kivun pelossa tee mitään</li> </ul>
	Selkeät ja ymmärrettävät harjoitusohjeet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selkeät ja yksinkertaiset ohjeet, tärkeää etenkin ensimmäisellä kerralla</li> <li>• Kognitiiviset taidot otettava huomioon</li> <li>• Harjoitusohjeiden katsominen yhdessä läpi, asiakas tekee itse harjoitteet</li> <li>• Katsotaan yhdessä videoita harjoitteista CERM Guidesta</li> <li>• Aina kirjalliset ohjeet (asiakkaan toivomuksen mukaan paperilla tai sähköpostilla)</li> <li>• Sovitaan numeerisesti harjoitusmäärätavoitteesta</li> <li>• Asiakkaan toivoessa kuvat ja videot sähköpostilla</li> <li>• Asiakkaat motivoituvat saadessaan sähköpostiinsa kirjalliset ohjeet ja liikkuvaa kuvaa henkilökohtaisen, oman ohjelman muodossa / Yksilölliset, henkilökohtaiset ohjeet, jopa ranskalaiset viivat ja itse piirretyt tikku-ukot motivoivampia kuin Physiotoolsista otetut</li> </ul>
	Hyötyvaikutusten osoittaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perustelee, miksi harjoitteet ovat tärkeitä ja mitä ohjeilla haetaan</li> <li>• Kipua vähentävät harjoitteet, lihaksia rentouttavat tai muutoin hyvänolon tunnetta tuovat harjoitukset</li> <li>• Antaa sellaiset ohjeet, joita noudattamalla syntyy tulosta, se saa asiakkaat jatkamaan harjoittelua (esim. kipu vähenee, liikkuvuus lisääntyy)</li> <li>• Jos asiakas vastahankainen, niin pyrkii esim. tekemään sopimuksen, että kaksi viikkoa treenaa ja sen jälkeen kontrolli, on molempien yhteinen intressi nähdä, onko harjoitteista hyötyä</li> </ul>
	Harjoittelun omaseuranan tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liikuntapäiväkirjan käytöstä sopiminen, erilaisia versioita, sähköisten pariin opastaminen</li> <li>• Kysyy asiakkaalta, onko sellaista harjoittelua tukevaa seurantajärjestelmää, jota asiakas haluaa käyttää (HeiaHeia tai joku muu nettipalvelu, Excel, paperinen)</li> </ul>



	Realististen tulosodotusten tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuo esille, että ohjeet eivät auta paperilla</li> <li>• Painottaa harjoittelun säännöllisyyttä</li> <li>• Tuo esille, että harjoittelua pitää jatkaa myös vaivojen helpottamisen jälkeen</li> <li>• Asiakkaalle painotettava kärsivällisyyttä, että muutokset vaativat pitkän ajan</li> <li>• Rehellisyys, esimerkiksi omien keinojen suhteen, ohjattava tarvittaessa OMT-fysioterapeutille tai takaisin lääkärille</li> </ul>
Selviytymiskeinojen suunnittelu	Huomioidaan realistisesti mutta kannustavasti harjoittelumahdollisuudet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elämäntilanne, lähtökohdat ja mahdollisuudet harjoitella pitää huomioida</li> <li>• Kiireellisen ja täyden elämänrytmin ymmärtäminen ja huomioiminen</li> <li>• Annetuista harjoitteista nostetaan yksi liike, jota kehoitetaan asiakasta tekemään, jos ei jaksaviitsi tehdä muita</li> <li>• Pyydetään kokeilemaan edes yhtä liikettä, onko siitä hyötyä</li> </ul>
	Harjoittelun onnistumisen ja vaikutusten seuranta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollikäynnistä sopiminen, kontrolliaikataulusta sopiminen</li> <li>• Kontrolliajan varaaminen kasvokkain toimii paremmin kuin että pyytää asiakasta varaamaan itse tietyn ajan päähän / Pyytää laittamaan kännykkään tai sähköpostiin muistutuksen kontrollikäynnin varaamisesta</li> <li>• Jos asiakas ei halua/pysty maksamaan uutta käyntiä, niin on ensin yhteydessä puhelimitse ja mietitään pärjääkö asiakas ilman tapaamista</li> </ul>
	Lisäohjauksen antaminen, kannustaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehottaa käymään erityisesti, jos ote alkaa livetä / Korostaa asiakkaalle, että seurantakäynti ei ole synninpäästö tai tilitys vaan siitä saa uutta tsemppiä harjoitteluun</li> <li>• Joskus lisätään käyntikertoja yli viiden, jolloin fysioterapeutti toimii Personal trainerin tapaan vaikka ei menisi harjoituksiin mukaan</li> <li>• Annetaan tietoa, mistä löytää Personal trainerin</li> </ul>

Keskeisimpänä tekijänä toiminnan suunnittelun vaiheessa oli siis se, että harjoittelun sisältö vastaa asiakkaan yksilöllisiä tarpeita ja resursseja. HAPA-mallissa näyttäisi korostuvan motivoitumisvaihe eli harjoittelun aloittamisesta päättäminen, mutta haastattelujen perusteella omaharjoitteluun motivoinnissa näyttäisi korostuvan eniten juuri toiminnan suunnittelu. Käytännössä nämä vaiheet todennäköisesti limittyvät, eli harjoittelua suunnitellaan jo ennen kuin asiakas todella on päättänyt, aloittaako hän harjoittelun. Näin asiakkaan harjoittelupäätöstä pyritään edistämään juuri hänelle sopivien harjoitteiden kautta. Toisaalta on mahdollista, että fysioterapeutille hakeutuessaan suurin osa asiakkaista on jo tehnyt päätöksen harjoittelun aloittamisesta.

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 3) on esitetty yhteenveto toiminnan aikaisista ja toiminnan kontrolliin liittyvistä motivointikeinoista, jotka ovat lisänä toiminnan suunnittelun yhteydessä käytettäviin. Pelkästään itse toimintaan, toiminnan kontrolliin ja toiminnan ylläpitämiseen ja repsahdusten hallintaan liittyvän pystyvyyden tunteen lisäämiseen kohdentuvia keinoja oli melko vähän. Suurin osa toimintavaiheeseen liittyvistä, pystyvyyden tunnetta tukevista keinoista olivat samoja etenkin vuorovaikutukseen liittyviä seikkoja, jotka liittyivät jo aiempiin vaiheisiin.

Toimintavaiheeseen liittyen jotkut haastateltavat toivat esille sen, että asiakasta ei syyllistetä vaan kannustetaan, vaikka harjoittelu ei olisi toteutunut suunnitellulla tavalla. Merkilläpantavaa haastatteluissa oli, että vain kaksi haastateltavaa kertoi kysyvänsä sähköpostilla tai puhelimitse asiakkaalta, miten harjoitteet ovat sujuneet ja miltä ne ovat tuntuneet ja pyysi tarpeen mukaan varaamaan aiottua nopeammin kontrolliajan.

Taulukko 3. Yhteenveto toiminnan aikaiseen ja toiminnan kontrolliin liittyvistä motivointikeinoista, jotka ovat lisänä toiminnan suunnittelun yhteydessä käytettäviin.

HAPAn osa	Alaluokka	Haastateltavien ilmauksia pelkistettynä
Pystyvyys	Kannustaminen ilman syylistämistä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei syyllistetä vaan kehuaan, vaikka asiakas olisi tehnyt vähemmän kuin on sovittu</li> <li>Kannustaminen ja positiivinen palaute vähäisestäkin muutoksesta (vaikka kyseessä olisi se, että aika on hoitanut vaivaa), yrittää aina löytää jotain positiivista</li> <li>Ihminen pitää saada (jopa huijata) uskomaan että hän on itse saanut itsensä kuntoon</li> <li>Käydään vuorovaikutusta tavalla tai toisella, niin että asiakas pysyy ”näpeissä”</li> <li>Korostaa, että on asiakkaan omassa intressissä saada selville, onko harjoitteista hänelle hyötyä, kun hän kerran fysioterapiaprosessiin aikaansa panostaa</li> </ul>
Toiminta ja toiminnan kontrolli	Harjoittelun onnistumisen ja vaikutusten seuranta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrollikäynnit motivoivat / Seurantakäynnit, jolloin asiakas tulee kertomaan, mitä on tehnyt</li> <li>Sähköpostilla ja puhelimitse tapahtuvat tiedustelut ja tilannepäivitykset</li> <li>Pyytää sähköpostilla asiakkailta palautetta siitä, miltä harjoitteet ovat tuntuneet, pyytää tarvittaessa varaamaan kontrolliajan nopeammin</li> </ul>
	Lisäohjauksen antaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asiakkaan tapaaminen salilla tm. liikuntapaikassa jotta hän saa lisää ohjausta paikan päällä</li> <li>Joskus lisätään käyntikertoja yli viiden, jolloin fysioterapeutti toimii Personal trainerin tapaan vaikka ei menisi harjoituksiin mukaan</li> </ul>
	Harjoitteiden yksilöllisyys ja optimaalinen haastavuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kirjallisten ohjeiden uusiminen tarvittaessa</li> </ul>
	Selkeät ja ymmärrettävät harjoitusohjeet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kirjallisten ohjeiden tarkentaminen tarvittaessa</li> </ul>

Harjoittelun aloittamisen jälkeen konkreettisia motivointikeinoja tuli esille siis melko vähän. Jäi mielikuva, että yhteydenpito asiakkaaseen oli melko vähäistä, ja usein jopa kontrollikäynnit jäivät sopimatta tai jäivät asiakkaan vastuulle. Vain yksi haastateltavista toi esille, että tavalla tai toisella vuorovaikutusta käymällä saadaan pidettyä yllä yhteys asiakkaaseen, mikä varmasti lisää harjoitteluun sitoutumista.

## 8.2 Motivointikeinojen toimivuus ja motivoinnin haasteita

Fysioterapeutin suhtautumista motivoimiseen tiedustelimme kysymyksellä: ”Millaiseksi koet asiakkaan motivoimisen omatoimiseen terapeutin harjoitteluun?” Motivointikeinojen toimivuutta selvitettiin haastattelussa fysioterapeuttien näkemyksiä heidän eniten ja vähiten hyödyllisiksi kokemistaan motivointikeinoista.

Jokainen viidestä haastateltavasta toi esille motivoinnin haastavuuden. Haastavaksi motivoinnin tekivät haastateltujen mielestä asiakkaiden taustojen, sairaushistorian ja elämäntilanteiden erilaisuus, tästä johtuva yksilöllisten motivointikeinojen löytämisen vaikeus, asiakkaan oman muutosvalmiuden puuttuminen sekä virheelliset lähtökohta-odotukset fysioterapialle (asiakas tulee saamaan hoitoa). Haastatelluista suurin osa, kolme viidestä, näki motivoinnissa onnistumisen jossain määrin ongelmallisena kuvaten sitä vaihtelevaksi, häilyväksi tai epämääräiseksi. Harjoitteluun motivoituminen saattoi jäädä kysymysmerkiksi muun muassa vähäisten käyntikertojen myötä.

Kolme viidestä haastatellusta nosti esille kivun merkityksen harjoittelumotivaatioon. Haastatelluissa nousi esille kivun yhteys harjoittelumotivaatioon kahdella, keskenään ristiriitaisella tavalla. Yhtäältä kipua vähentävien harjoitteiden nähtiin motivoivan harjoittelun jatkamiseen. Toisaalta kipu saattoi haastateltavien mukaan myös vähentää harjoittelumotivaatiota, jolloin asiakas vältti kivun pelossa tekemästä harjoitteita. Kipua sivuttiin myös ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta. Yksi haastatelluista koki motivoimisen vaikeimmaksi tilanteessa, jossa kipu on hävinnyt, mutta uusi kipuepisodi pitäisi ehkäistä.

Parhaiten toimiviksi keinoiksi haastateltavat mainitsivat asiakkaan arkeen siirrettävissä olevat, riittävän vähäiset ja helpot harjoitteet, yksinkertaiset, selkeät, lyhyet, tulokselliset ohjeet sekä aidon läsnäolon ja asiakkaan kohtaamisen fysioterapiatilanteessa. Näistä eniten mainintoja keräsivät asiakkaan arkeen siirrettävissä olevat harjoitteet ja helpot, yksinkertaisesti toteutettavat liikkeet. Nämä mainittiin kahdessa haastattelussa.

Vähiten toimivina motivointikeinoina haastateltavat nostivat esille harjoituspäiväkirjan, liian tieteelliset ja monimutkaiset selitykset, liialliset tai liian haastavat harjoitteet, jatkokontrollin puutteen ja sanelutyylillä annetut harjoitteet. Uhkailu, kiristys tai lahjonta ei toimi, kun tavoitteena on vahvistaa sisäistä, pitkäkestoista motivaatiota.

Tuloksista näkyy, että haastattelemamme fysioterapeutit kokivat asiakkaan motivoinnin tärkeänä, joskin haastavana ja monitahoisena osana fysioterapiaprosessia. Käytetyt motivointikeinot ja näkemykset niiden toimivuudesta osoittivat selvästi, että tilanteeseen kuin tilanteeseen soveltuvaa patenttiratkaisua ei ole olemassa. Fysioterapeutin on kussakin tilanteessa mietittävä asiakaskohtaisesti, miten parhaiten motivoida asiakas terapeuttiseen harjoitteluun. Vaikka pystyvyyden käsite ei noussut esille yhdessäkään haastattelussa, korostettiin useissa puheenvuoroissa tarvetta asiakkaan yksilöllisen tilanteen huomioimiseen ja fysioterapian suunnitteluun sen pohjalta.

### 8.3 Viestintäteknologian käyttö fysioterapiassa

Fysioterapeutin kiinnostusta viestintäteknologian käyttöön omatoimisen harjoittelun ohjauksessa kartoitimme seuraavalla kysymyksellä: Oletko käyttänyt omatoimiseen terapeuttiseen harjoittelun ohjauksessa internet- ja mobiiliteknologiaa? Kysyimme myös syitä siihen, miksi haastateltava ei ole hyödyntänyt ohjauksessaan viestintäteknologiaa. Halusimme selvittää myös, millainen työkalu tai sovellus olisi hyödyllinen ja mitä ominaisuuksia siinä olisi. Kysyimme myös haastateltavien kiinnostusta viestintäteknologian käyttöön.

Viestintäteknologian hyödyntäminen (internet- ja mobiiliteknologia) fysioterapiassa oli kaikille haastateltaville vieraalta kuulostavaa ja vaati kysymyksen avaamista. Muutamien fysioterapeutin kohdalla kysymyksen selventäminen saattoi vaikuttaa vastaukseen johdattelevasti. Selvensimme kysymystä kertomalla internet- ja mobiiliteknologian olevan esimerkiksi älypuhelimien tai Skypen käyttöä, asiakkaan videointia tai interaktiivisen verkkoalustan käyttöä.

Haastateltavat käyttivät nykyteknologiaa hyvin vähän työssään. Viestintäteknologian käyttö nähtiin enemmän tulevaisuuden asiana tai sitä ei nähty perusfysioterapiassa tarpeellisena. Neljä viidestä kertoi käyttävänsä sähköpostia. Sähköpostilla kyseltiin kuulumisia, päivitettiin harjoitusohjelmaa, lähetettiin harjoitusliikkeitä tai hoidettiin jotain

muuta hoitoon liittyvää. Muutama haastateltava mainitsi käyttävänsä liikuntapäiväkirjaa tai muuta asiakasta tukevaa seurantamenetelmää. Aktiivisesti liikkuvien sanottiin olevan tietoisia esimerkiksi Sporttrackerin kaltaisista sovelluksista. Yksi haastateltavista mainitsi myös HeiaHeian käytön. Lisäksi yksi mainitsi käyttävänsä Auronin CERM Guide- ohjelmaa ja kertoi Auronin videoiden motivoivan asiakkaita. Kaksi haastateltavaa sanoi kuvanneensa asiakasta joko videoimalla tai ottamalla kuvia asiakkaasta.

Neljä viidestä haastateltavasta mainitsi käyttävänsä Physiotoolsia. Suuresta käyttäjämäärästä huolimatta, ohjelma koettiin enemmän hidastavaksi kuin nopeuttavaksi työkaluksi. Joidenkin vastausten perustella ilmeni, että ranskalaiset viivat, käsinkirjoitetut ohjeet ja tikku-ukot nähtiin motivoivan asiakasta paremmin, olevan yksilöllisimpiä ja toimivan spesifisten harjoitusliikkeiden ohjeistuksessa. Jotkut fysioterapeutit toivat esille, että asiakkaiden harjoitusohjelmiin tarvittavia liikkeitä tai kuvia ei aina löydy Physiotoolsista, joten tikku-ukot koettiin olevan hyvä lisäapu ohjeiden annossa. Yksi haastateltavista mainitsi Physiotoolsin olevan ainoa keino saada kirjallinen ohje tulosteena asiakkaalle. Sähköisiä ja käsinkirjoitettuja kirjallisia ohjeita käyttivät kaikki haastateltavat.

Fysioterapeuttien vastaukset koskien viestintäteknologian vähäistä käyttöä vaihtelivat. Nykyisen toiminta- ja laskutusjärjestelmän nähtiin tukevan perinteistä, vastaanotokäynneillä tapahtuvaa asiakkaan ohjausta. Toimivien työvälineiden nähtiin puuttuvan tai olevan riittämättömiä. Työajan ei nähty riittävän viestintäteknologian käyttöön, koska kirjaukset ja muu työ vievät aikaa. Teknologian käytön tuomat mahdolliset lisäkustannukset tuotiin esille ammatinharjoittajan näkökulmasta. Kaksi haastateltavista toi esille myös tietoturva- ja tietosuoja-asiat. Kysyttäessä millainen hyvä ja käyttökelpoinen työkalu tai sovellus olisi ominaisuuksiltaan, korostuivat vastauksissa helppokäyttöisyys ja selkeys. Hyvässä verkkoalustassa tai -palvelussa olisi tilaa myös asiakkaan omille muistiinpanoille, liikuntapäiväkirja ja automaattinen muistutuspalvelu (puhelinhälytys, jos harjoituksia ei ole tehty riittävää määrää viikossa). Lisäksi fysioterapeutin pitäisi voida vaivattomasti lisätä omia ohjelmia ja kuvia alustalle.

Nopeaa, toimivan internetyhteyden kautta tapahtuvaa tiedonkulkua asiakkaan ja fysioterapeutin välillä korostettiin etenkin etäohjauksen yhteydessä. Myös reaaliaikaisesti tapahtuva videoneuvottelumenetelmä mainittiin huolimatta siitä, että suurin osa haastateltavista ei haastattelun alussa kokenut mahdolliseksi fysioterapian toimittamista etäyhteyden avulla. Kaikki haastateltavat suhtautuivat myönteisesti viestintäteknologian

käyttöön, jos sellainen mahdollisuus tulisi. Laitteiden käyttöön toivottiin kuitenkin koulutusta.

Haastattelun lopussa fysioterapeuttien vastauksissa oli havaittavissa muutosta myönteisempään suhtautumiseen viestintäteknologian hyödyntämisessä fysioterapiassa. Esimerkiksi etäohjauksena toteutetun palvelun ajateltiin motivoivan asiakasta tekemään harjoituksia yhdistettynä perinteiseen kasvokkain tapahtuvaan fysioterapiaan. Lisäksi etäohjaus nähtiin hyvänä seurantamenetelmänä, väliaikatiedustelussa tai jatkoohjauksessa. Haastateltavat pitivät kuitenkin henkilökohtaista kohtaamista erittäin tärkeänä ja kokivat, että ohjaamiseen tarvitaan käsiä, kosketusta sekä sanojen ja ilmeiden kautta tapahtuvaa kommunikaatiota. Yksinomaan internetin välityksellä toteutetun fysioterapian nähtiin vievän pohjan fysioterapeutin työltä. Etäohjauksena tapahtuvan fysioterapian ajateltiin vaativan myös erilaista sanallista valmiutta ohjata.

#### 8.4 Tulosten yhteenveto

Kirjallisuuskatsauksessamme luvussa viisi toimme esille fysioterapia-asiakkaan oma-toimiseen terapeutin harjoitteluun motivointikeinoja jaoteltuna ohjauksen, harjoitteiden sisällön ja harjoitteluolosuhteiden kautta vaikuttamiseen. Seuraavassa peilaamme näitä keinoja haastattelujen tuloksiin. Tarkastelemme tuloksia myös transteoreettisen mallin ja HAPA-mallin valossa sekä vedämme yhteen keskeisimmät tulokset viestintäteknologian käyttöön liittyen.

Ohjauksen merkitys ja vuorovaikutukseen panostaminen tapaamisten aikana korostuivat haastatteluissa kuten kirjallisuudessakin erityisen paljon. Tiedon antaminen ja asiakkaan ymmärryksen lisääminen olivat keskeisiä, samoin ohjauksella ja kirjallisilla ohjeilla harjoitteiden oikein suorittamisen varmistaminen. Haastattelussa tosin nousi esille myös fysioterapeutin jakaman tiedon motivaatiota heikentävä vaikutus silloin, kun asiakas koki sen liian tieteelliseksi tai monimutkaiseksi. Kokonais- ja osatavoitteiden pohtiminen sekä toimiva ja systemaattinen seurannasta sopiminen sen sijaan jäivät haastatteluissa vähäiselle maininnalle. Lisäksi kirjallisuuden perusteella olisi syytä vielä enemmän panostaa kannustamiseen, graafiseen palautteeseen ja asiakkaan oman kontrollin tunteen lisäämiseen. Yhtenä käytännössä helposti toteutettavana ohjausmenetelmänä kirjallisuudessa tuotiin esille asiakkaan videokuvaus. Asiakkaan omalla laitteella tehtynä sitä voisi käyttää paitsi harjoitusohjeiden tukena myös konkreettisen seuranta- ja palautemenetelmänä toimintakyvyn tai liikkeen laadun lisääntyessä.

Harjoitteiden sisällöistä haastatellut fysioterapeutit olivat hyvin samoilla linjoilla kuin kirjalliset lähteemme korostaessaan yksinkertaisuutta, nopeutta, helppoutta ja arkitoimintoihin sulauttamista. Vastaavasti kirjallisuudessa esiin nousseen harjoitteiden monimutkaisuuden tason haastateltavat sanoittivat motivaatiota heikentäviksi, liiallisiksi tai liian haasteellisiksi harjoitteiksi. Haastateltavat toisin sanoen kokivat vaativien ja runsaslukuisten harjoitusten vähentävän asiakkaan harjoittelumotivaatiota. Kukaan ei tuonut esille, että välineiden käyttöä voisi tarkastella yksilökohtaisesti tai että sillä voisi joillekin asiakkaille olla motivaatiota lisäävä vaikutus. Päinvastoin yksi haastateltava totesi painottavansa yksinkertaisia harjoitteita, joissa ei tarvita välineitä.

Näistä kolmesta alueesta harjoitteluolosuhteiden merkitys tuli kaikkein vähiten esille haastatteluissa lähinnä yleisellä tasolla elämäntilanteen, harjoittelumahdollisuuksien ja kiireisen elämänrytmin huomioimisena harjoittelun sisällön suunnittelussa. Kirjallisuudessa kuitenkin korostetaan tätä osuutta paljon, esimerkiksi systemaattista harjoittelun esteiden tunnistamista ja niistä selviytymisen suunnittelua. Sosiaalisen tuen tarpeen ja sen puutteen tunnistaminen ja lisääminen jäivät haastatteluissa kokonaan huomioimatta. Mietimme, voisiko fysioterapeutti panostaa tähän enemmän esimerkiksi lisäämällä omaa yhteydenpitoaan, ottamalla läheisiä mukaan ohjaukseen ja tiedon jakamiseen tai järjestämällä vertaistukea.

Haastatelluista osa toi esille asiakkaan valmiustason huomioimisen. He näyttivät tarkoittavan tällä lähinnä sitä, minkä verran asiakas on valmis panostamaan harjoitteluun eikä sitä, onko asiakas ylipäättään valmis edes suunnittelemaan saati aloittamaan harjoittelua. Ilmeisesti käytännössä asiakkaat tulevatkin omasta aloitteestaan haastateltavien vastaanotolle tiedostaen tilanteensa. Asiakkaan omaa tilannearviota ja näkemystä harjoittelun hyödyistä ei kukaan tuonut esille, vaikka lähes kaikki mainitsivat haastattelun ja kuuntelun merkityksen. Sekä transteoreettisen mallin että HAPA-mallin kautta tarkasteltuna tuli esille tavoitteiden asettamisen vähäinen esiintyminen haastatteluissa: konkreettisten, mitattavien, ohjattavan itsensä valitsemien, realististen, aikataulutettavissa olevien tavoitteiden ja välitavoitteiden määrittely puuttui tuloksista lähes kokonaan. Haastateltavat kuitenkin toivat monin ilmauksin esille asiakkaasta itsestään lähtevän motivaation tukemisen, mikä on keskeistä muutosvaihemallissa. HAPA-mallissa korostuvan pystyvyyden tunteen lisäämiseen harjoitteluprosessin eri vaiheissa eivät haastatellut fysioterapeutit mielestämme riittävästi työssään panostaneet. Esimerkiksi palautteen antaminen ja kannustaminen olivat mahdollisten kontrollikäyntien varassa.



Luvun kuusi kirjallisuus- ja tutkimuskatsauksessa toimme esille fysioterapia- ja kuntoutuspalveluihin sovellettuja teknologiaratkaisuja. Haastattelut osoittivat, että edistynyt viestintäteknologia ei ole vielä löytänyt paikkaansa fysioterapiassa. Haastateltavat kokivat teknologian sijoittuvan tulevaisuuteen. Samoin kuin etäkuntoutusta käsittelevä kirjallisuus myös haastateltavat painottivat henkilökohtaista kohtaamista ja kosketusta fysioterapeutin työssä. Tämä todennäköisesti selittää haastateltavien varautunutta suhtautumista viestintäteknologian käyttöön.

Haastateltavien spontaanin kiinnostuksen sekä käyttökokemusten vähäisyys moderneista sähköisistä sovelluksista yllätti. Viestintäteknologian käyttökokemukset rajautuivat pitkälti perinteisiin, tavanomaisiin tapoihin kuten sähköpostiin ja Physiotoolsiin. Haastateltavilla oli kuitenkin ajatuksia käyttökelpoisen sähköisen palvelun sisällöstä. Näihin ja omaan näkemykseemme sekä nykyteknologian tuomiin mahdollisuuksiin pohjautuen päädyimme hahmottelemaan sähköistä palvelua omatoimisen terapeuttisen harjoittelun tueksi. Tämän palvelun ominaisuuksia ja käytettävyyttä visioimme seuraavassa luvussa.

## 9 Katsaus tulevaisuuden näkymiin

Näemme viestintäteknologian mahdollisuuden oman hyvinvoinnin seuraamiseen ja asiakkaan harjoittelumotivaation lisäämiseen. Tässä luvussa ideoimme, millainen hyvä sähköinen palvelu olisi sisällöltään ja missä vaiheessa ja millä tavoin se tukisi harjoittelua. Tämän tarkastelun suoritamme HAPA-mallia vasten.

HAPA-malliin peilaten esittelemme seuraavaksi vision siitä, millainen sähköinen palvelu ja sovellus hyödyttäisivät asiakkaan fysioterapiaprosessissa. Asiakasta voitaisiin palvella perinteisten tapojen, kuten sähköpostin, puhelimen ja tekstiviestien lisäksi esimerkiksi aiemmin luvussa 6 esitellyn Taltionin kaltaisen sähköisen palvelualustan, sekä videoneuvottelutekniikan tai polvikuntoutussovelluksen tapaisella web-integroidulla mobiilipalvelulla. Mobiilisovelluksessa voisi olla lisäksi muistutusjärjestelmä, joka muistuttaisi harjoitusohjelman teosta sekä siitä, jos harjoittelun tavoitemäärästä on esimerkiksi viikon aikana jääty jälkeen.

Edellä mainittuja teknologiaratkaisuja ja sovelluksia voisi yhdessä tai erikseen hyödyntää esimerkiksi silloin, kun asiakas harkitsee ennaltaehkäisevään fysioterapiahoittoon hakeutumista, tarvitsee tietoa ja apua tuki- ja liikuntaelinongelmaansa tai motivointia ja seurantaa harjoitteidensa suorittamiseen fysioterapian aikana. Teknologian yhdistäminen fysioterapiaan tulee kuitenkin arvioida aina yksilökohtaisesti.

### 9.1 Viestintäteknologia tukemaan harjoittelumotivaatiota – hahmotelma eFysioterapiapalvelusta

Kattavaa fysioterapiapalvelua voitaisiin tarjota esimerkiksi internetissä ”eFysioterapiapalvelun” avulla. Palvelu toimisi myös mobiiliversiona. Sivusto tarjoaisi tietoa tuki- ja liikuntaelinongelmista, fysioterapeutin ajanvaraus- ja etäkonsultaatiomahdollisuuden sekä yhteisöllistä tukea omatoimiseen harjoitteluun esimerkiksi keskustelufoorumin ja erilaisten omakohtaisten onnistumistarinoiden avulla. Sivusto sisältäisi myös Taltionin kaltaisia ominaisuuksia kuten henkilökohtaisen tilin luomisen ja mahdollisuuden fysioterapiakäyntien yhteen kokoamiselle. Asiakkaalle tallentuisi vuosien varsilta fysioterapiakäynnit ja saadut harjoitusohjelmat samaan paikkaan. Lisäksi palvelu tarjoaisi erilaisia yhteistyökumppaneiden mobiilisovelluksia, kuten liikunta- ja ravintopäiväkirjan sekä mahdollisuuden etäyhteyteen terapiasuhteen alettua sekä kuvien ja videoiden jakamiseen asiakkaan ja fysioterapeutin välillä. Palvelualusta mahdollistaisi myös hoitavan

fysioterapeutin pääsyn asiakkaan tilille silloinkin, kun asiakas joutuu vaihtamaan fysioterapiapalvelun tarjoajaa.

Selkeällä tavalla esitetty tieto tuki- ja liikuntaelinongelmista lisäisi tietoa tulosodotuksista ja riskeistä HAPA-mallin mukaisessa motivoitumisvaiheessa. Fysioterapia-asiakkaiden onnistumistarinat ja tieto fysioterapiaprosessin etenemisestä edistäisivät asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja uskoa siihen, että häntä tuetaan. Mahdollisuus konsultoivaan etävastaanottoon ja helppo ajanvaraus madaltaisivat kynnystä fysioterapeutin vastaanotolle hakeutumiseen. Fysioterapeutti voisi ensimmäisen tapaamisen yhteydessä ja sen jälkeen hyödyntää sivustoa tiedon antamisessa asiakkaalle, jolloin esimerkiksi harjoittelun perusteluille löytyisi muutakin taustatietoa kuin fysioterapeutin puhe.

Harjoittelun suunnitteluvaiheessa luodaan uskoa siihen, että asiakas jaksaa harjoitella. Yhtenä pystyvyyden tunnetta lisäävänä tekijänä on tietoisuus aikataulusta ja osatavoitteista ja siitä, että hän tulee saamaan tukea harjoitteluunsa. Suunnitteluvaiheessa fysioterapeutti ja asiakas voisivat tehdä yhdessä harjoitusohjelman, joka sisältäisi tekstiä, kuvia ja videoita. Harjoitteluohjelmaan sisällytettäisiin myös osatavoitteet ja aikataulu. Nämä kaikki olisivat asiakkaan ja fysioterapeutin nähtävillä ”eFysioterapiapalvelussa” ja myös helposti tarpeen mukaan muokattavissa.

Toimintavaiheessa asiakas on siirtynyt harjoitteiden tekemiseen, jolloin HAPA-mallin mukaisesti toiminnan kontrolli sekä pystyvyyden tunteen tukeminen ovat keskeisiä. Tässä vaiheessa asiakkaan kannustaminen ja tuen antaminen eli helppo ja säännöllinen yhteydenpito fysioterapeutin ja asiakkaan välillä korostuvat. Tätä vaihetta voitaisiin edesauttaa etäohjauksella videoneuvottelutekniikkaa hyödyntäen sekä mobiilina toimivalla sovelluksella, joka sisältäisi ”eFysioterapiapalveluun” liitetyn harjoituspäiväkirjan käytön, johon sekä asiakas, että fysioterapeutti voisivat viedä paitsi tekstiä ja kuvia myös videoita harjoitteiden suorittamisen onnistumisesta. Videoneuvottelun käyttö lisäisi erityisesti harjoitteiden laadullista seuraamista sekä helpottaisi asiakkaan ja fysioterapeutin välistä yhteydenpitoa ja vahvistaisi terapiasuhdetta. Lisäksi videoneuvottelutekniikasta hyötyisivät esimerkiksi asiakkaat, jotka asuvat kaukana terapeutista, joutuvat työnsä puolesta matkustamaan paljon.

## 9.2 Etäkuntoutuksen haasteet

Vaikka mahdollisuudet etäkuntoutuksen kehittämiseen ovat olemassa, on tulevaisuudessa edessä paljon haasteita ennen kuin etäkuntoutus voidaan nähdä terveydenhuollon osana. Näitä haasteita ovat etenkin terapeutin työhön liittyvät kysymykset, kuten kuntoutuksessa ja fysioterapiassa tarvittava fyysisen kontaktin määrä ja potilaan yleinen toimintakyky. Korvausjärjestelmän rajoitukset lienee suurin este etäkuntoutuksen laajenemiselle. Siihen voitaisiin vaikuttaa tarjoamalla enemmän kliinistä näyttöä etäkuntoutuksen tuloksista ja vaikuttavuudesta. (Theodoros – Russel 2008: 200–202.)

Näyttöä ja laadukkaita tutkimuksia etäkuntoutuksen kustannustehokkuudesta ei vielä ole riittävästi olemassa (Kairy ym. 2009: 445; Karppi 2013: 54). Määttäsen mukaan kaksi tai kolme kotikäyntiä vastaa kustannuksiltaan yhden kuukauden etäkuntoutusjaksoa, mutta yksityishenkilölle palvelun kokonaishinta laitteineen, laajakaistayhteyksiineen ja sisällöntuotantopalveluineen on usein kuitenkin liian kallis (Määttänen 2012: 11). Kustannustehokasta viestintäteknologian käyttö olisi silloin, jos kuntoutuja voisi käyttää omaa jo olemassa olevaa päätelaitettaan, kuten televisiota, kannettavaa tietokonetta, älypuhelinta tai tablet- eli taulutietokonetta.

Etäkuntoutuspalveluihin liittyy myös monia muita keskustelua herättäviä asioita, muun muassa yksityisyyden ja luottamuksellisuuden säilyttäminen kuntoutuksen aikana, etäkuntoutuspalveluiden käyttöjärjestelmät ja niiden suunnittelu käyttäjäystävälliseksi, internet-yhteyden toimiminen sekä laajakaistanopeuden riittävyys. (McCue ym. 2010: 201; Brennan – Barker 2008: 55–58; (Russell ym. 2003: 44–47.)

Etäkuntoutuksen tulevaisuus näyttää lupaavalta monialaisten yhteistyöprojektien synnyttäessä uusia innovatiivisia tutkimuksia. Teknologisesta kehityksestä huolimatta poliittiset esteet tulevat todennäköisesti myös jatkossa muodostamaan haasteen etäkuntoutuksen integroitumiselle yleiseen terveydenhuoltoon. (Theodoros – Russel 2008: 205–206.) Ennustamme, että teknologian yleistyminen ja sen tunkeutuminen jokaiselle arjen osa-alueelle tulee vaikuttamaan myös kuntoutuspalveluiden kehitykseen ja ajanmukaisten välineiden ja ratkaisujen käyttöönottoon.

## 10 Pohdinta

Tiedonkeruussa käyttämämme teemahaastattelu osoittautui tarkoituksenmukaiseksi ja informatiiviseksi tutkimusmenetelmäksi, vaikka laajasta litterointiaineistosta relevantin tiedon tunnistaminen, erottelu, yhdistely ja analysointi olivat haasteellista. Kahden koehaastattelun perusteella tekemiemme muutosten jälkeenkin osa haastattelukysymyksistä osoittautui vaikeaselkoisiksi. Etenkin mobiili- ja internet-teknologian käyttökokeuksia koskeva kysymys oli monille haastateltavalle hankalasti hahmotettavissa. Syy ei tosin välttämättä ollut itse kysymyksessä vaan aihepiirin vieraudessa. Ennakkokäsityksistämme poiketen kukaan haastateltavista ei ollut erityisen hyvin perillä saati laajamittaisesti hyödyntänyt työssään viestintäteknologian tuomia mahdollisuuksia. Myös motivointikeinoista kysyttäessä haastateltavilla ilmeni vaikeuksia nimetä toiminnassaan nimenomaan motivaatiota edistäviä toimintatapoja. Haastattelija ohjasi näissä tapauksissa haastateltavaa eteenpäin antamalla esimerkkejä. Tämä kavensi spontaanien vastausten kirjoa, mikä on tarpeen huomioida vastausten luotettavuutta arvioitaessa. Haastattelijan ohjaus saattoi myös johtaa haastattelijoita vastaamaan sosiaalisesti suotavasti, siten kuin tämä arveli haastattelijan toivovan. Tämä näyttäytyi ennen muuta vastauksissa koskien kiinnostusta sähköisten sovellusten käyttöön, sillä haastateltavat eivät oma-aloitteisesti osoittaneet mainittavaa innostusta sitä kohtaan. Jälkikäteen tarkasteltuna haastattelun alussa olisi ollut tarpeen painottaa sitä, ettei kysymyksiin ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia. Vaikka haastattelun etenemisessä tasavertaisena vuoropuheluna on omat vahvuutensa, olisi tulosten parempi vertailtavuus edellyttänyt tiukempaa pitäytymistä haastattelurungossa. Vain siten olisimme voineet varmistua jokaisen kysymyksen esittämisestä jokaiselle haastateltavalle samassa järjestyksessä ja samanmuotoisena.

Sitouduimme opinnäytetyön tekijöinä haastateltavien anonyymisuuden säilyttämiseen, kunnioittavaan kohteluun sekä haastattelussa esille tulleiden tietojen käyttämiseen vain haastateltaville ennakoon ilmoitettuun käyttötarkoitukseen. Haastateltavat ilmoittautuivat itse haastattelijalle, emme siis valinneet heitä.

Haastatteluaineiston pelkistyksessä ja ryhmittelyssä oli kyse kaikkien kolmen tekijän kollektiivisesta tulkinnasta. Koska kyse oli subjektiivisesta näkemyksestämme, eri tekijät olisivat voineet päätyä korostamaan eri asioita ja sitä kautta erilaiseen lopputulok-

seen. Tämä on syytä huomioida luotettavuutta tarkasteltaessa. Harkitsimme haastattelvien ilmauksista tekemiemme koosteiden liittämistä opinnäytetyöhön, mutta hylkäsimme ajatuksen niiden laajuuden vuoksi sekä varmistaaksemme haastateltavien anonymiteetin.

Oman oppimisemme näkökulmasta saimme tutkimuksemme kautta kaipaamaamme tietoa fysioterapeuttien käytännön työssään käyttämistä motivointikeinoista. Läpikäymämme kirjallisuuden pohjalta opimme lisää motivaatioon vaikuttavista tekijöistä sekä siitä keinovalikoimasta, jota fysioterapeutti voi soveltaa asiakkaansa motivaation edistämiseksi. Tarkempi perehtyminen transteoreettiseen ja HAPA-malliin lisäsivät ymmärrystämme niiden käytettävyydestä motivoitaessa asiakasta terapeuttiseen harjoitteluun. Myös yksi keskeisimmistä motivaatioon liittyvistä lainalaisuuksista kristallisoitui entistä konkreettisemmin haastatteluiden myötä: fysioterapeutti voi yrittää motivoida asiakasta, mutta motivoituminen on aina kiinni asiakkaasta itsestään.

Käytännön fysioterapeutin työssä, omatoimisen terapeuttisen harjoittelun ohjauksessa on käsittääksemme melko vähän käytetty transteoreettiseen malliin tai HAPA-malliin kuuluvaa ajattelutapaa. Asiakkaan tullessa vastaanotolle, oletetaan usein, että aikomus harjoitella on jo olemassa ja että esimerkiksi toimintakyvyn palauttaminen on asiakkaalle niin tärkeää, että hän pystyy järjestämään olosuhteet harjoitteiden tekemiselle. Kuvi-  
on 3 mukainen HAPA-malli voisi kuitenkin mielestämme olla jokaisen työikäisiä asiakkaita vastaanottavan fysioterapeutin seinällä muistuttamassa, että heti ensimmäisellä tapaamisella on syytä selvittää millainen pystyvyyden tunne ja mitkä tulosodotukset asiakkaalla on ja toisaalta tietääkö hän eri toimintavaihtoehtojen riskit. Omalla ohjauksellaan fysioterapeutti pystyy näihin kaikkiin vaikuttamaan. Harjoittelun suunnittelussa HAPA-malli muistuttaa siitä, että ohjaukseen kuuluu suunnitella missä, miten ja milloin asiakas harjoittelee pitäen realistisesti mielessä olosuhteet ja mahdollisuudet vaikuttaa niihin. Viimeisenä, mutta ei vähäisimpänä HAPA-malli kiinnittää huomion siihen, että asiakas ei jää yksin harjoitteidensa kanssa ja että häneen on syytä valaa uskoa koko harjoitteluprosessin ajan.

Tutkimustulostemme valossa vaikuttaisi siltä, että fysioterapiaa toteutetaan yhä edelleen pitkälti perinteisin menetelmin. Osa haastateltavista näytti havahtuvan nykyteknologian tuomiin mahdollisuuksiin vasta haastattelijan kertoessa niistä konkreettisesti. Haastateltujen enemmistön ajattelutapaa tuntui leimaavan totutuista käytännöistä kiinni pitäminen. Sähköisten sovellusten käyttökokemusten niukkuus yllätti, sillä olimme ennakkoon olettaneet teknologisen kehityksen näkyvän fysioterapeuttien työssä nyt ha-

vaittua selkeämmin. Tulos haastoi meidät pohtimaan, miksi viestintäteknologia on otettu käyttöön ikäihmisten kuntoutuksessa, mutta ei juurikaan työikäisten keskuudessa. Palveluita käytetään luonnollisesti eniten siellä, missä on tarjontaa. Keskeisenä syynä näemme sen, että työikäisille suunnattua, vakiintuneessa käytössä olevaa omatoimista harjoittelua tukevaa ja etäohjauksen mahdollistavaa sähköistä palvelua ei toistaiseksi ole Suomessa kehitetty. Tämän kohderyhmän tietotekniset valmiudet ja yleisen teknologiamyönteisyyden huomioiden uskomme vakaasti, että tällaiselle palvelulle olisi valmis käyttäjäkuntansa. Omatoimista harjoittelua edistävän toimivan sovelluksen hyödyntämiselle on vaikeaa nähdä esteitä ainakaan aika- ja paikkariippumattoman elämäntyylin omaksuneiden työikäisten kohdalla, mikäli tällainen sovellus kehitettäisiin. Tällaisen sovelluksen tuominen osaksi tämän päivän työikäisten fysioterapiaterapiaprosessia voisi edistää myös tulevaisuuden ikäihmisten myönteistä suhtautumista teknologiakeskeiseen palveluympäristöön ja parantaisi mahdollisuuksia hyötyä hyvinvointiteknologian tarjoamasta avusta ja turvasta.

Luonnollisesti kaikki asiakkaat eivät ole kiinnostuneita tai valmiita opettelemaan uusia teknisiä sovelluksia harjoittelunsa seuraamiseksi. He voivat kokea esimerkiksi suorituksen kirjaamisen työläänä tai etäyhteyden kautta kommunikoinnin vieraaksi. Myös fysioterapeutit saattavat kokea, että tietoteknisten sovellusten tarjoaminen lisäisi heidän työmääräänsä, vaikka tarkoitus olisi juuri päinvastainen. Tämä tuli esille haastatteluisamme, joissa fysioterapeutit korostivat työn käytännönläheisyyttä ja fyysisen asiakas-kontaktin korvaamattomuutta. Teknologian käyttö terapian yhteydessä tulisikin arvioida aina asiakas- ja terapiaprosessikohtaisesti.

Tilanteisiin, joihin etäohjaus soveltuisi, sitä toteutettaisiin vasta alkuarvioinnin ja muutamien tapaamiskertojen jälkeen. Tällöin terapeutilla olisi varmuus siitä, että asiakas osaa tehdä harjoitteet oikein ja etäohjaus olisi siten myös turvallista. Etäohjaukset voisivat korvata esimerkiksi fyysiset kontrollikäynnit, mahdollisen harjoitusohjelman päivittämisen sekä liikkeiden tarkistamisen ja lisäohjauksen. Ennen kaikkea etäohjaus tarjoaisi asiakkaalle mahdollisuuden saada kannustusta ja tukea harjoitteiden tekemiseen hoitavalta fysioterapeutilta useammin kuin ainoastaan tapaamisten yhteydessä.

Hyvän, luottamuksellisen terapiasuhteen rakentuminen on pitkäallinen prosessi, jota ei voi eikä pidä täysin alistaa aika- ja paikkariippumattomien teknologisten sovellusten kehittämis- ja hyödyntämisinnolle. Henkilökohtaisilla tapaamisilla, jotka mahdollistavat manuaalisen tutkimisen ja ohjaamisen sekä erilaiset hoitomuodot, on vahva jalansija vaikuttavaan fysioterapian tähdättäessä. Vaikka tämän päivän nuoret ovat tottuneita

sosiaalisen median ja erilaisten teknisten sovellusten käyttäjiä, on fysioterapeutin vastuulla viime kädessä varmistua omaharjoittelun oikeista liikemalleista ja suoritustekniikoista. Terapeutin tulee myös tiedostaa, että mikään tekninen toteutus ei itsessään synnytä tai ylläpidä yksilön harjoittelumotivaatiota. Se tarjoaa korkeintaan yhden vaihtoehdoisen kanavan, jolla voi tuottaa lisäarvoa fysioterapiaan. Parhaimmillaankin tekninen sovellus voi toimia vain motivaatiota tehostavana väylänä, eikä se sovellu kaikille. Tärkein merkitys on kuitenkin yksilön omalla valmiudella omassa elämäntilanteessaan yhdistettynä terapeutin motivaatiota edistävään rooliin.

Teknologiaratkaisut ja tutkimukset sekä käytössämme päivittäin olevat tekniset välineet antavat uskoa siihen, että teknologian käyttö omatoimisen harjoittelun tukemisessa on mahdollista. Tämän tueksi tarvitsemme kuitenkin lisää terveystaloustieteellisiä tutkimuksia teknologian käytön kustannus-hyötyvaikutuksista. Niissä tulee myös ilmetä vaikutus fysioterapeutin työnkuvaan. Myös asiakasnäkökulma ansaitsee jatkotutkimuksissa tulla kuulluksi, jotta palvelumuotoilu vastaa asiakkaan tarpeita ja toiveita. Oma mielenkiintoinen tutkimusaiheensa on myös kuvailemamme kaltaisen eFysioterapiapalvelun pilotointi ja siitä saatavien käyttökokemusten selvittäminen.



## Lähteet

Absetz, Pilvikki – Patja, Kristiina (toim.) 2008. Ennaltaehkäisyn kehittäminen Päijät-Hämeen terveydenhuollossa: Interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishanketta. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän julkaisu 68.

Aittasalo, Minna – Rinne, Marjo – Pasanen, Matti – Kukkonen-Harjula, Katriina – Vasankari, Tommi 2012. Promoting walking among office employees – evaluation of a randomized controlled intervention with pedometers and e-mail messages. *BioMedCentral Public Health* 12. 1–11.

Alewijnse, Dianne – Mesters, Ilse – Metsemakers, Job – van den Borne, Bart 2003. Predictors of long-term adherence to pelvic floor muscle exercise therapy among women with urinary incontinence. *Health Education Research* 18 (5). 511–524.

Armfield, Nigel – Gray, Leonard – Smith, Anthony 2012. Clinical use of Skype: a review of the evidence base. *Journal of Telemedicine and Telecare* 18 (3). 125–127.

Ashford, Stefanie – Edmunds, Jemma – French, David P. 2010. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with metaanalysis. *British Journal of Health Psychology* 15 (2). 265–288.

Auranne, Katri 2013. Fysioterapeutti (YAMK). Kustaankartanon monipuolinen palvelukeskus. Sähköpostihaastattelu 18.4.

Brehm, Barbara A 2004. *Successful Fitness Motivation Strategies*. Champaign IL: Human Kinetics.

Brennan, David – Barker, Linsey 2008. Human factors in the development and implementation of telerehabilitation systems. *Journal of Telemedicine and Telecare* 14 (2). 55–58.

Brody, Lori 2011. *Principles of Self-Management and Exercise Instruction*. Teoksessa Brody, Lori Thein – Hall, Carrie M: *Therapeutic exercise – Moving toward function*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health, cop. 35–48.

Dean, Sarah G. – Smith, Jonathan A. – Payne, Sheila – Weinman, John 2005. Managing time: An interpretative phenomenological analysis of patients' and physiotherapists' perceptions of adherence to therapeutic exercise for low back pain. *Disability and Rehabilitation* 27 (11). 625–636.

Diacor. Verkkodokumentti. <<http://www.diacor.fi/hyvaa-tekeva-diacor.html>>. Luettu 14.8.2013.

Eklund, Anna-Leena – Juntunen, Anitta – Karhu, Helena 2008. Leikkauspotilas aktiiviseksi toimijaksi. Suomen sairaanhoitajaliitto. Verkkodokumentti. <[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8\\_2008/ajankohtaikirjoitus/leikkauspotilas\\_aktiiviseksi\\_toi/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8_2008/ajankohtaikirjoitus/leikkauspotilas_aktiiviseksi_toi/)>. Luettu 22.3.2013.

Elliot, Janet – Chapman Judith – Clark, David 2007. Videoconferencing for a veterans pain management follow-up clinic. *Pain Management Nursing* 8 (1). 35–46.

Forsström, Jari – Närvänen, Jarkko 2009. Satakunnan alueen etäterveydenhuollon esiselvitys. Esiselvitys etäterveydenhuollon kehittämismahdollisuuksista osana laadun nostoa niukoilla resursseilla – projektin loppuraportti. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <[www.satshp.fi/pls/wportal/.../76487F4035FEC47BE0400A0A4B005FAA](http://www.satshp.fi/pls/wportal/.../76487F4035FEC47BE0400A0A4B005FAA)>. Luettu 5.3.2013.

Gordeijev, Jari. 2012. Neurologisen kuntoutuslaitteen ohjelmistotyö – Microsoft Kinect-peliohjain. Savonia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavilla myös sähköisesti osoitteesta: <[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/39413/Gordeijev\\_Jari.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/39413/Gordeijev_Jari.pdf?sequence=1)>. Luettu 11.7.2013.

Hailey, David – Roine, Risto – Ohinmaa, Arto – Dennett, Liz 2010. Evidence on the effectiveness of telerehabilitation applications. Institute of Health Economics and Finnish Office for health Technology Assessment. Saatavilla myös sähköisesti osoitteesta: <<http://www.ihe.ca/documents/Telerehab%20Applications.pdf>>. Luettu 16.9.2013.

Hall, Carrie M 2011. Patient management. Teoksessa Brody, Lori Thein – Hall, Carrie M: Therapeutic exercise – Moving toward function. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health, cop. 13–34.

Herrala, Helinä – Kahrola, Tytti – Sandström, Marita 2009. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Houglum, Peggy A 2010. Therapeutic exercise for musculoskeletal injuries. Champaign, IL: Human Kinetics. 98–100.

Huber, Frances E. – Wells, Chris L. 2006. Therapeutic exercise: treatment planning for progression. St. Louis, Mo: Saunders Elsevier. 4–22.

HyvinvointiTV. KOTIIN-hankkeessa kehitetään HyvinvointiTV:n ohjaus- ja neuvontapalvelukonseptia. Verkkodokumentti. <<http://kotiin.laurea.fi/hyvinvointitv.php>>. Luettu 16.9.2013.

Hyvis.fi – Terveyttä ja hyvinvointia. Verkkodokumentti. Päivitetty 1.3.2012. <<http://www.hyvis.fi/lan/fi/Sivut/Tietoa-Hyviksesta.aspx>>. Luettu 14.8.2013

Jack, Kirsten – McLean, Sionnadh Mairi – Moffett, Jennifer Klaber – Gardiner, Eric 2010. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. Manual Therapy 15 (3-2). 220–228.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän palvelut 2011. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Verkkodokumentti. <[http://maakunta.kainuu.fi/alltypes.asp?menu\\_id=1685](http://maakunta.kainuu.fi/alltypes.asp?menu_id=1685)>. Päivitetty 3.1.2011. Luettu 28.8.2013.

Kairy, Dahlia – Lehoux, Pascale – Vincent, Claude – Visintin, Martha 2009. A systematic review of clinical outcomes, clinical resources, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. Disability and Rehabilitation 31 (6). 427–447.

Kalakoski, Virpi – Laarni, Jari – Paavilainen, Petri – Anttila, Raija – Halonen, Seija – Kreivi, Minka 2007. Motivaatio, tunteet ja taitava toiminta. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kankaanranta, Marja – Neittaanmäki, Pekka – Nousiainen, Tuula (toim.) 2013. Arjen mobiilipalvelut -hankkeen oppimisen ja hyvinvoinnin mobiiliratkaisut. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://somenoviisimantta.wikispaces.com/file/view/ArjenMobiilipalvelut%281%29.pdf>>. Luettu 10.6.2013.

Karppi, Marion 2011. Interaktiivinen etäkuntoutus ikääntyneen toipilasajan tukena. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopiston Terveystieteiden yksikkö.

Karppi, Marion 2013. Telerehabilitation – A future opportunity in the field of rehabilitation. Teoksessa: Karppi, Marion – Tuominen, Heidi – Eskelinen, Anne – Santamäki Fischer, Regina – Rasu, Anneli (toim.). Active ageing online. Interactive Distance Services for the Elderly on Baltic Islands. Virtu Project 2010–2013. Turun Ammattikorkeakoulu. Tampere: Suomen yliopistopaino – Juvenes Print Oy. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163578.pdf>>. Luettu 19.6.2013.

Kilpikoski, Sinikka 2011. Epäspesifit selkävaivat: McKenzie-menetelmällä hyviä tuloksia. Fysioterapia 58 (3). 4–9.

Kolt, G. S. – McEvoy, J. F. 2003. Adherence to rehabilitation in patients with low back pain. Manual Therapy 8 (2). 110–116.

Kuntotestauspäivät Metropolia Ammattikorkeakoulussa 22.3.2012. Jyväskylän yliopiston liikuntapsykologian professori Taru Lintusen asiantuntijapuheenvuoro.

Kuoremäki, Reija 2013. Projektitutkija. Jyväskylän yliopisto. Sähköpostihaastattelu 27.8.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson Kirsi – Hirvonen, E – Renfors, T 2007. Ohjaaminen Hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lade, Hannah – Mckenzie, Stephanie – Leah Steele – Russel, Trevor 2012. Validity and realibility of the assessment and diagnosis of musculoskeletal elbow disorders using telerehabilitation. Journal of telemedicine and Telecare 18 (7). 413–418.

Lai, Jerry – Woo, Jean – Hui, Elsie – Chan W M 2004. Telerehabilitation – a new model for community-based stroke rehabilitation. Journal of Telemedicine and Telecare 10 (4). 199–205.

Lehtinen, Erno – Kuusinen, Jorma – Vauras, Marja 2007. Kasvatuspsykologia. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Liukkonen, Jarmo – Jaakkola, Timo – Kataja, Jukka 2006. Taitolajina työ. Johtaminen ja sisäinen motivaatio. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lonka, Kirsti – Hakkarainen, Kai – Salmela-Aro, Katariina – Ferchen, Maija – Lautso, Anita 2009. Motivaatio, tunteet ja älykäs toiminta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Luszczynska, Aleksandra – Mazurkiewicz, Magda – Ziegelmann, Jochen. P. – Schwarzer, Ralf 2007. Recovery self-efficacy and intention as predictors of running or jogging behavior: A cross-lagged panel analysis over a two-year period. Psychology of Sport and Exercise 8. 247–260.

McCue, Michael – Fairman, Andrea – Pramuka, Michael 2010. Enhancing quality of life through telerehabilitation. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America* 21 (1). 195–205.

McLean, Sionnadh Mairi – Burton, Maria – Bradley, Lesley – Littlewood, Chris 2010. Interventions for enhancing adherence with physiotherapy: A systematic review. *Manual Therapy* 15 (6). 514–521.

Mäki, Outi 2011. Ikätekniikan kokeilut Suomessa. KÄKÄTE-raportteja 1/2011. Helsinki: Kopio Niini Oy.

Määttänen, Mika 2012. Virtuaalista kotikuntoutusta ikäihmisille. *Fysioterapia* 59 (6). 9–11.

Nupponen, Ritva 2005. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Fogelholm, Mikael – Vuori, Ilkka (toim.): *Terveysliikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämiseksi*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nygård, Clas-Håkan – Eskola, Hannu – Hyttinen, Jari – Savinainen, Minna (toim.) 2007. *Näkökulmia hyvinvointitekologiaan*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print Oy.

Physiofile Oy. Physiofile pähkinäkuoressa. Verkkodokumentti. <<http://physiofile.fi/>>. Luettu 14.8.2013

PhysioTools. PhysioTools – historia tähän päivään asti. Verkkodokumentti. <<http://www.physiotools.com/>> . Luettu 14.8.2013.

Pisters, Martinj F. – Veenhof, Cindy – van Meeteren, Nico L. U. – Ostelo, Raymond W. – de Bakker, Dinny H. – Schellevis, Francois G. – Dekker, Joost 2007. Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review. *Arthritis Rheum* 57 (7). 1245–1253.

PTStudio Oy. PTStudio.com. Verkkodokumentti. <<https://ptstudio.fi/>>. Luettu 14.8.2013.

Pöyhönen, Tapani – Heinonen, Ari 2011. Terapeuttinen harjoittelu. *Fysioterapia* 58 (2). 42–46.

Ronkainen, Suvi – Pehkonen, Leila – Lindblom-Yläne, Sari – Paavilainen, Eija 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro.

Rosser, Benjamin – Eccleston, Christopher 2011. Smartphone applications for pain management. *Journal of Telemedicine and Telecare* 17 (6). 308–312.

Ruohotie, Pekka 1998. *Motivaatio, tahto ja oppiminen*. Helsinki: Edita.

Russell, Trevor 2007. Physical rehabilitation using telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare* 13 (5). 217–220.

Russel, Trevor – Buttrum, Peter – Wootton, Richard – Jull, Gwendolen 2003. Low-bandwidth telerehabilitation for patients who have undergone total knee replacement: preliminary results. 9 (2). 44–47.

Russel, Trevor – Jull, Gwendolen – Wootton, Richard 2003. The diagnostic reliability of Internet-based observational kinematic gait analysis. *Journal of telemedicine and Telecare*. 9 (2). 48–51.

Russel, Trevor – Buttrum, Peter – Wootton, Richard – Jull, Gwendolen 2004. Rehabilitation after total knee replacement via low-bandwidth telemedicine: the patient and therapist experience. 10 (1). 85–87.

Salmela-Aro, Katariina – Nurmi, Jan-Erik 2005. Mikä meitä liikuttaa. Modernin motivaatiopsykologian perusteet. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sarén, Sirpa 2010. Kaunialan sairaalassa sotaveteraanit suurin asiakasryhmä. Verkkodokumentti. <[http://www.terveysjatalous.fi/lehti/2010\\_03.pdf](http://www.terveysjatalous.fi/lehti/2010_03.pdf)>. Luettu 16.8.2013.

Schwarzer, Ralf 1992. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. Teoksessa Schwarzer, Ralf (toim.): Self-efficacy: Thought control of action. Washington, DC: Taylor & Francis, cop. 217–243.

Schwarzer, Ralf 2011. The Health Action Process Approach (HAPA). HAPA Figures to copy and paste. Verkkodokumentti. <[http://userpage.fu-berlin.de/~health/hapa\\_figures.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~health/hapa_figures.pdf)>. Luettu 7.1.2013.

Schwarzer, Ralf – Luszczynska, Aleksandra 2008. How to Overcome Health-Compromising Behaviors, The Health Action Process Approach. *European Psychologist*. 13 (2). 141–151.

Selwyn, Neil 2004. Reconsidering political and popular understandings of the digital divide. *New Media & Society* 6 (3). 341–362.

Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Opettajankoulutuslaitos

Sluijs, Emmy M – Kok, Gerjo J – van der Zee, Jouke van der Zee 1993. Correlates of exercise compliance in physical therapy. *Physical Therapy* 73 (11). 771–782.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Työterveyshuollon kehittämislinjat. Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:3. Verkkodokumentti. <[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3670.pdf&title=Tyoterveys\\_2015\\_\\_\\_Valtioneuvoston\\_periaatepaatos\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3670.pdf&title=Tyoterveys_2015___Valtioneuvoston_periaatepaatos_fi.pdf)>. Luettu 16.2.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Työsuojelu Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:2. Verkkodokumentti. <[http://www.tyoturva.fi/files/1663/Esi\\_1002\\_tyosuojelu\\_verkko.pdf](http://www.tyoturva.fi/files/1663/Esi_1002_tyosuojelu_verkko.pdf)>. Luettu 16.2.2012.

Suomen Kuntoliikuntaliitto ry 2012. Henkilöstöliikuntabarometri 2012. Verkkodokumentti. <[http://kunto-fi-bin.directo.fi/@Bin/d0ce86b5b910bbeaa64dd0e483096047/1340190256/application/pdf/525662/Henkilostoliikuntabarometri\\_010612\\_esite.pdf](http://kunto-fi-bin.directo.fi/@Bin/d0ce86b5b910bbeaa64dd0e483096047/1340190256/application/pdf/525662/Henkilostoliikuntabarometri_010612_esite.pdf)>. Luettu 6.6.2012.

Suomen McKenzie Instituutti ry 2013. MDT-menetelmä. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenmckenzieinstituutti.fi/yhdistyksemme/mdt-menetelma/>>. Luettu 4.1.2013.

Taimela, Simo – Airaksinen, Olavi – Kouri Jukka-Pekka 2002. Niskavaivojen hoito. Teoksessa Airaksinen, Olavi – Asklöf, Tom – Heinonen, Tiina – Kauppi, Markku – Ketola, Ritva – Kouri, Jukka-Pekka – Kukkonen, Ritva – Lehtinen, Janne – Lindgren, Karl-August – Orava, Sakari – Virtapohja, Hilikka: Niska- ja yläraajavaivojen ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus. Jyväskylä: VK-kustannus.

Taltioni – Omaksi hyvääksi. Verkkodokumentti.  
<<http://www.taltioni.fi/fi/kansalaiset/taltioni>>. Luettu 11.7.2013.

Talvitie, Ulla – Karppi, Sirkka-Liisa – Mansikkamäki, Tarja 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita. 43–44, 194–196.

Taylor, Nicholas F. – Dodd, Karen J. – Shields, Nora – Bruder, Andrea 2007. Therapeutic exercise in physiotherapy practice is beneficial: a summary of systematic reviews 2002–2005. Australian Journal of Physiotherapy 53 (1). 7–16.

Teppo, Ulla – Vanhala, Mauno – Oikari, Marjo – Ylinen, Jari – Häkkinen, Arja 2012. Fysioterapeuttin ohjaama itsehoito auttaa polvioireisia potilaita. Suomen Lääkärilehti 67 (39). 2736–2739.

Theodoros, Deborah – Russel, Trevor 2008. Telerehabilitation: Current perspectives. Teoksessa: Studies in Health Technology and informatics. Current Principles and Practises of Telemedicine and e-Health. IOS Press. 131. 191–209.

Tousignant – Boissy – Corriveau 2009. In-home telerehabilitation for post-knee arthroplasty: A pilot study. International Journal of telerahabilitation 1 (1). 9–16.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällö. Helsinki: Tammi.

Turku, Riikka 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima Oy.

UKKterveyspalvelut Terveysverkko. Verkkodokumentti.  
<<http://www.ukkterveyspalvelut.fi/terveysverkko/>> . Luettu 14.8.2013.

Urheiluvammat 2011. Ehkäise, tunnista ja hoida. Jyväskylä: WSOYpro Oy Docendo-tuotteet.

Vesterinen, Riitta 2010. Etäkuntoutus – mahdollisuus kuntoutua kotona kaksisuuntaisen videoyhteyden avulla. Käytettävyytutkimus Innokusti-hankkeessa. Fysioterapian Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitos.

Virtu 2011. Virtual elderly care services on the baltic islands. Verkkodokumentti. Päivitetty.12.2.2011.< [http://www.virtuproject.fi/fi/?page\\_id=29](http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=29)>. Luettu 16.8.2013.

Winters, Jack 2002. Telerehabilitation research. Emerging opportunities. Annual Review of Biomedical Engineering 4. 287–320.

Ziegelmann, Jochen P. – Luszczynska, Aleksandra – Lippke, Sonia – Schwarzer, Ralf 2007. Are Goal Intentions or Implementation Intentions Better Predictors of Health Behavior? A Longitudinal Study in Orthopedic Rehabilitation. Rehabilitation Psychology. 52 (1). 97–102.

## Haastattelurunko

1. Mitkä asiat ovat mielestäsi tärkeitä fysioterapia-asiakkaan omatoimisen terapeuttisen harjoittelun ohjauksessa?
    - (Tarvittaessa johdattelu: Millaisia asioita painotat asiakkaan ohjaamisessa omaharjoitteluun? )
  2. Millaiseksi koet asiakkaan motivoimisen omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun?
    - (Tarvittaessa tarkennus: helppoa/vaikeaa, tärkeää/yhdentekevää, luontaista, mieluisaa/vastenmielistä, itsestään selvää)
  3. Millaisia menetelmiä käytät asiakkaan motivoimiseksi omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun?
    - (Tarvittaessa tarkennus, esim. kirjallisten/suullisten ohjeiden käyttö, tavoitteiden asettaminen asiakaslähtöisesti ja ymmärrettävästi, yhteydenotot puhelimitse/email, booster-sessions, jälkikontrolli/seuranta, graafiset keinot, päiväkirjat ym..)
  4. Millaisista menetelmistä olet havainnut olevan eniten hyötyä?
  5. Millaisista menetelmistä olet havainnut olevan vähiten hyötyä?
  6. Oletko käyttänyt omatoimisen terapeuttisen harjoittelun ohjauksessa internet- ja mobiiliteknologiaa?
    - (Jos haastateltava kysyy, mitä tarkoitan tällä, avaan sen: Esimerkiksi hyödyntänyt internetiä tai mobiiliteknologiaa, joka käsittää esimerkiksi älypuhelimien, skypen, asiakkaan harjoitteiden kuvaamisen ja niiden edelleen lähettämisen tai käyttänyt jotain jo valmiina olevaa interaktiivista verkkoalustaa?)
- Kyllä => Onko käyttämästäsi teknologiasta ollut hyötyä harjoittelumotivaatioon vaikuttamisessa? Olisitko kiinnostunut lisäämään tai laajentamaan teknologian tuomia mahdollisuuksia käytännössä?
- En => Miksi et ole käyttänyt? Millaisia ominaisuuksia työkalulla pitäisi mielestäsi olla, jotta se olisi hyödyllinen ja käyttökelpoinen?
7. Jos käyttäisit työssäsi sähköistä työkalua/sovellusta millaisia ominaisuuksia työkalulla pitäisi mielestäsi olla, jotta se voisi olla hyödyllinen ja käyttökelpoinen?
    - (tarvittaessa tarkennetaan: esimerkiksi harjoitusohjeiden antaminen, palaute-/seurantajärjestelmä, harjoituspäiväkirja, videoiden lähettäminen asiakkaan ja fysioterapeutin välillä, etäyhteyden ottaminen terapia jakson aikana)
  8. Jos käytössäsi olisi tällainen toimiva sovellus, voisitko kuvitella käyttäväsi sitä asiakkaan motivoimiseksi omaharjoitteluun?

## Tutkimuksen esittely haastateltaville ja tutkimussuostumus

Sähköpostin otsikko: Tutkimuslupa ja tutkimukseen (teemahaastattelu) suostuminen

Opinnäytetyöhön liittyvä teemahaastattelu

Opinnäytetyö: *"Fysioterapia-asiakkaan omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun motiivointi. – Kartoitus fysioterapeuttien käyttämistä motiivointikeinoista ja nykYTEknologian tuomista mahdollisuuksista työikäisten motivoimiseksi omatoimiseen terapeuttiseen harjoitteluun".*

Olemme työssämme kiinnostuneita siitä, millaisia motiivointikeinoja fysioterapeutit käyttävät tällä hetkellä omatoimisen terapeuttisen harjoittelun ohjauksessa. Lisäksi tavoitteenamme on kartoittaa nykYTEknologian tuomia mahdollisuuksia ja kuulla työfysioterapeuttien ja fysioterapeuttien kokemuksista ja kiinnostuksesta sähköisten sovellusten hyödyntämiseen terapeuttiseen harjoitteluun motivoimisessa. Tavoitteena on, että kartoituksessa ja haastatteluissa saatua tietoa voidaan käyttää fysioterapeuttien toiminnan kehittämisessä sekä sähköisten palveluiden tuomien mahdollisuuksien arvioinnissa.

Aiheen olemme rajanneet siten, että kohteena ovat työikäiset. Terapeuttisen harjoittelun rajaamme sisältämään tarkkaan suunnitellun, systemaattisen harjoittelun, jonka tarkoituksena on palauttaa henkilö kivuttomaan ja toimintakykyiseen tilaan.

Toteutamme osana työtämme teemahaastattelun vähintään viidelle työfysioterapeutille/fysioterapeutille, jotka ohjaavat työssään terapeuttista harjoittelua. Haastattelut toteutetaan marras- ja joulukuun aikana Helsingissä. Tarkempi haastatteluaika sovitaan erikseen haastateltavien aikataulujen puitteissa sähköpostitse tai puhelimitse haastatteluun ilmoittautuvan kanssa.

Haastattelut tulee tekemään fysioterapiaopiskelija Minna Meriluoto yhteisesti sovitussa paikassa.

Vastaamalla tähän sähköpostiin myöntävästi, hyväksyt, että voimme käyttää haastattelustasi saatua materiaalia opinnäytetyössämme. Haastateltavien nimiä ei tulla kertoamaan kenelläkään Diacorissa eikä ulkopuolella ja haastattelun tulosta tai henkilön ni-



meä ei yhdistetä missään vaiheessa. Haastattelun tuloksia analysoitaessa voidaan käyttää taustamuuttujina työuran pituutta, ikää ja sukupuolta, mutta niitä ei tulla yhdistämään haastateltavan nimeen. Haastattelut tullaan nauhoittamaan ja nauhoitukset hävitetään heti litteroinnin jälkeen. Haastattelun keston tavoite on 30–60 min.

Haastateltavalla on jälkeinpäin oikeus kieltää vastauksiensa käyttö opinnäytetyössä.

Haastattelijana ja opinnäytetyöntekijöinä sitoudumme siihen, ettemme käytä saamiamme tietoja tutkittavan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus, emmekä luovuta saamiamme henkilötietoja sivullisille.

Haastattelijana olen tietoinen lainsäädännön, erityisesti henkilötietolain henkilötietojen käsittelylle asettamista vaatimuksista sekä vastuustani tietojen lainmukaisesta käsittelystä.

Opinnäytetyön tekijät:

Minna Meriluoto (haastattelija)

email: minna.meriluoto@metropolia.fi

p. 040 xxxx xxxx

Anja-Riitta Hokajärvi ja Leena Salimäki-Oinas

Opinnäytetyön ohjaajat:

Sirkka Kolehmainen (sirkka.kolehmainen@metropolia.fi, p. xxxxxx) ja Ulla Härkönen (ulla.harkonen@metropolia.fi)